

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Katedra psychologie



Bakalářská práce

Tereza Zahradníková

Psychologické aspekty zvládání bolesti

Psychological Aspects of Pain Management

Praha 2015

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Niederlová, Ph.D.

Poděkování

Velmi ráda bych poděkovala především PhDr. Markétě Niederlové, Ph.D. za její podporující přístup, vstřícné vedení mé práce a cenné rady během konzultací.

Své rodině a přátelům děkuji za podporu a pomoc.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu. Anglické překlady jsou převážně mé vlastní.

V Praze dne 10 .4. 2015

.....

Tereza Zahradníková

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá zvládáním bolesti z psychologického hlediska. Sleduje emocionální, kognitivní a behaviorální faktory, copingové strategie a individuální rozdíly ve zvládání bolesti. Práce je zaměřena na časový rozměr bolesti. Jejím cílem je popsat psychologické aspekty zvládání akutních a chronických bolestí - to, v čem se zvládání akutní a chronické bolesti liší a jakou roli hrají psychologické aspekty při chronifikaci bolesti. Práce hodnotí psychologické faktory a způsoby zvládání bolesti z hlediska jejich adaptability a efektivity. Výzkumný projekt je navržen jako prospektivní studie zjišťující, zdali nějaký způsob zvládání bolesti (copingové strategie) souvisí s chronifikací bolesti a zda se mění copingové strategie s chronifikací bolesti.

Klíčová slova:

zvládání bolesti, coping, akutní a chronická bolest, chronifikace bolesti

Abstract:

Bachelor's thesis deals with pain management from psychological perspective. It covers emotional, cognitive and behavioral factors, pain coping strategies and individual differences in pain management. This work focuses on the time dimension of pain. The aim is to describe psychological aspects of acute and chronic pain management – the differences between acute and chronic pain management and the role of psychological aspects in pain chronification. Psychological aspects of pain, especially pain coping strategies, are evaluated in terms of efficiency and adaptability. The research project is designed as a prospective study investigating if there are any pain coping strategies related to pain chronification and if the coping strategies change during pain chronification.

Keywords:

pain management, coping strategies, acute and chronic pain, chronification of pain

Obsah:

Úvod.....	9
1. Vymezení a hlavní charakteristiky bolesti.....	10
1.1 Biopsychosociální model bolesti.....	10
1.2 Vnímání a tolerance bolesti.....	11
1.3 Hodnocení a diagnostika bolesti.....	11
1.4 Časový aspekt bolesti- bolest akutní a chronická.....	13
2 Psychologické aspekty zvládání bolesti.....	15
2.1 Emocionální reakce.....	15
2.1.1 Negativní emoce a bolest.....	15
2.1.2 Strach z bolesti.....	16
2.1.3 Regulace emocí.....	17
2.1.4 Catastrophizing.....	18
2.2 Kognitivní zhodnocení bolesti.....	18
2.2.1 Locus of pain control.....	19
2.2.2 Self-efficacy.....	19
2.2.3 Přijetí bolesti.....	20
2.3 Behaviorální reakce na bolest.....	21
2.3.1 Bolestivé chování.....	22
2.3.2 Vyhýbavé chování.....	23
2.4 Adaptace na bolest, coping.....	23
2.4.1 Aktivní vs. pasivní coping.....	25
2.4.2 Copingové strategie v dotaznících.....	26
3 Rozdíly ve zvládání bolesti mezi jednotlivci	32
3.1 Rozdíly mezi muži a ženami.....	32
3.2 Kulturní rozdíly.....	33
3.3 Souvislost věku a zvládání bolesti.....	34
3.4 Osobnostní charakteristiky.....	35
3.5 Kontext a význam bolesti.....	35
4 Návrh výzkumného projektu.....	37
4.1 Teoretický úvod.....	37
4.2 Cíle, design a hypotézy.....	39
4.3 Metody.....	40
4.4 Proměnné.....	40

4.5 Vzorek, výběr respondentů.....	41
4.6 Realizace výzkumu.....	42
4.7 Analýza dat.....	42
4.8 Diskuze.....	43
Závěr.....	45
Seznam použité literatury.....	46
Přílohy.....	56

Seznam použitých zkratk

ACT Acceptance Commitment Therapy

COPE Coping Orientation to Problems Experienced

CPCI Chronic Pain Coping Inventory

CSQ Coping Strategies Questionnaire

DIBDA Dotazník interference bolestí s denními aktivitami

FQCI Freiburg Questionnaire of Coping with Illness

IASP International Association for the Study of Pain

LPC Locus of Pain Control

MPQ McGill Pain Questionnaire

VAS Visual Analogue Scale (Vizuální analogová škála)

Úvod

Bolest je široké téma, které zasahuje do mnoha oborů. Kromě medicínských oborů je bolest také záležitostí psychologie. Nikdy se nesetkáváme s bolestí jako samostatnou jednotkou, vždy jde o člověka, který trpí bolestí. Proto jsem se rozhodla svou práci zaměřit právě na to, jak člověk bolest prožívá a zvládá.

Tato práce se soustředí na zvládání bolesti a psychologické proměnné, které tento proces doprovází. Cílem práce je zachytit zvládání bolesti v kontextu vývoje bolesti, tedy pozorovat, jak se liší zvládání bolesti akutní a chronické, a zda má způsob zvládání bolesti a psychologické procesy, které jej doprovází, nějakou souvislost s chronifikací bolesti (přeměnou bolesti z akutní do chronické podoby).

Mezi psychologické aspekty zvládání bolesti patří emocionální reakce, kognitivní hodnocení bolesti a behaviorální reakce, kterými se zabývám postupně v jednotlivých kapitolách. Samostatnou kapitolu věnuji copingu a copingovým strategiím, které jsou základem zvládání bolesti, a snažím se odpovědět na otázku, které strategie jsou účinné a adaptivní v dané fázi bolesti, a které ne. Za důležitou součást zvládání bolesti z psychologického pohledu považuji také to, jak se liší zvládání bolesti u jednotlivých lidí a co tyto rozdíly určuje. Proto na část textu o copingu bolesti navazuje kapitola o rozdílech ve zvládání bolesti mezi jednotlivci.

Mnoho výzkumů a literatury se v rámci tématu zvládání bolesti soustředí buďto na bolest akutní nebo častěji chronickou. Až v posledních letech se objevuje více výzkumů, které pozorují chronifikaci bolesti, i když jsou tyto studie průřezové a zaznamenávají zvládání bolesti na různých pacientech, kteří jsou v různé fázi bolesti. K metodologicky čistšímu popisu zvládání bolesti a jeho proměn s dobou trvání bolesti jsou vhodnější longitudinální studie, které jsou však náročnější a je jich mnohem méně než průřezových. I průřezové studie ovšem přinášejí cenné informace o rozdílech ve zvládání akutních a chronických bolestí a velká část textu mé práce z nich vychází. Právě z důvodu menšího počtu studií, které by sledovaly strategie zvládání bolesti a vývoj dané bolesti, navrhuji výzkumný projekt jako prospektivní studii, která se zaměřuje na souvislost copingových strategií s chronifikací bolesti.

S ohledem na cíle práce vynechávám v úvodní kapitole mnoho témat, která s bolestí souvisí. Po základním vymezení bolesti se soustředím především na vnímání a toleranci bolesti, které předurčují další procesy zvládání bolesti, a také diagnostiku bolesti, zejména z hlediska času.

1. Vymezení a hlavní charakteristiky bolesti

V současnosti je obecně přijímána definice bolesti Mezinárodní společnosti pro studium bolesti (IASP): „*Bolest je nepříjemný senzorický a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně, nebo popisovaný výrazy pro takové poškození*“ (Merskey & Bogduk, 1994, str. 210).

Senzorická (smyslová) složka bolesti podává informace o intenzitě, kvalitě a lokalizaci bolesti, kdežto emoční o psychickém dopadu bolesti na člověka. Část definice „...nebo popisovaný výrazy pro takové poškození“ odkazuje k situacím, kdy člověk reálně bolest prožívá a popisuje, přestože nedošlo nebo ani nemůže dojít k poškození organismu- příkladem jsou fantomové bolesti (Opavský, 2011).

Knotek (2010) zdůrazňuje, že bolest je psychický jev a že jde o subjektivní pocit. Bolest začíná jako fyziologický proces, který se může, ale nemusí zakládat na reálném poškození. Výsledkem je pocit, který odpovídá ohrožení organismu nebo který trpící takto hodnotí- záleží také na dosavadní zkušenosti člověka s bolestí.

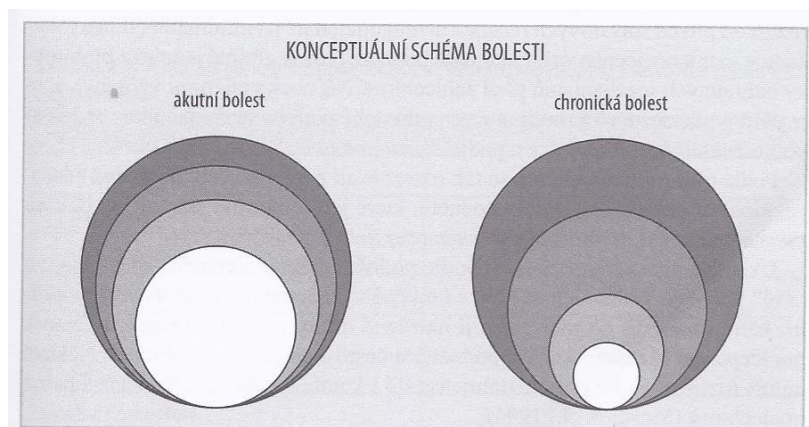
1.1 Biopsychosociální model bolesti

Bolest je komplexní zážitek, který se projevuje v rovině biologické, psychické a sociální. Někdy se udává též rovina duchovní, která měla větší význam v minulosti, i dnes v ní lze ovšem vidět jednu z možných způsobů zvládání bolesti zejména věřících nemocných (Janáčková, 2007; Neradilek et al., 2012).

Vhodným modelem pro toto současné pojetí bolesti je tzv. konceptuální model bolesti (Loeser, 1982 podle Neradilek et al., 2012). Integruje 4 základní složky bolesti, které je třeba u každého bolestivého zážitku hodnotit, a které se mohou vzájemně ovlivňovat:

- nocicepce** (aktivace senzorů bolesti, somatická složka)
- bolest jako senzorický vjem** (nemusí jí předcházet nocicepce, naopak nocicepce nemusí vždy vyvolat vjem bolesti)
- utrpení** (psychická reakce na bolest, afektivní složka)
- bolestivé chování** (behaviorální složka)

Tento model lze velmi dobře aplikovat i na časový aspekt bolesti- u akutní bolesti převažuje význam nocicepce a bolesti jako senzorického vjemu, u chronické bolesti je pak v popředí spíše utrpení a bolestivé chování (Opavský, 2011).



Obr. 1 Konceptuální schéma bolesti (podle Opavský, 2011, str. 31)- vnitřní 2 kruhy symbolizují nocicepci a senzorický vjem bolesti, vnější 2 kruhy utrpení a bolestivé chování

1.2 Vnímání a tolerance bolesti

Zvládání bolesti je ovlivněno tím, jak člověk bolest vnímá a jakou má toleranci bolesti, obojí je velmi individuální. Každý člověk má jiný práh bolesti, což je nejslabší vjem, který už je pocíťován jako bolest (tzv. *dolní práh bolesti*). Rozdíly můžeme nacházet také v *rozdílovém prahu bolesti* (rozeznání změny intenzity bolestivého podnětu) a *horním prahu bolesti*, tedy nejsilnější bolesti jakou je člověk ještě schopen snášet (Janáčková, 2007; Knotek, 2012; Opavský, 2011).

Vliv na toleranci bolesti má také časové období (část dne, různá životní období). Během dne jsme většinou nejvíce tolerantní k bolesti ráno, naopak nejvíce ji pocíťujeme večer a v noci. Lidé v těžkých životních situacích vnímají bolest intenzivněji. Dalšími faktory, které zásadně ovlivňují zvládání bolesti, jsou význam, jaký bolesti člověk přikládá, zda jde o bolest známou či neznámou (neznámá bývá tolerována hůř), jaký vývoj bolesti člověk očekává, a jak hodnotí svou schopnost ji zvládnout. Roli hrají také etnické a kulturní rozdíly (Janáčková, 2007).

Tyto faktory a neurofyzilogické mechanismy vnímání bolesti způsobují také situace, kdy při poranění nepocíťujeme žádnou bolest a naopak ty, kdy bolest pocíťujeme bez jakéhokoliv poškozujícího dráždění (Melzack, 1978).

1.3 Hodnocení a diagnostika bolesti

Informace o prožívané bolesti jsou důležité nejen pro indikaci správné léčby u konkrétního člověka, ale jsou také součástí všech výzkumů týkajících se zvládání bolesti. Diagnostika bolesti se provádí především psychologickými metodami a jejím cílem je získat co nejvíce informací o kvalitě a kvantitě bolesti. Tato kapitola nemá za cíl úplný přehled

diagnostických metod, spíše přehled základních a nejvíce užívaných. Metody týkající se přímo zvládání bolesti zmiňují ještě v kapitole o copingu bolesti.

Nejčastěji se bolest hodnotí pomocí rozhovoru doplněného o dotazníky (Opavský, 2012). Při hodnocení bolesti bychom se měli soustředit na tyto otázky (Křivohlavý, 1992):

Kde to bolí? (lokalizace bolesti)

Jak moc to bolí? (intenzita bolesti)

Kdy to bolí? (časový aspekt bolesti)

Jak to bolí? (kvalita bolesti)

Kdy se bolest zmírňuje a kdy zesiluje? (ovlivnitelnost bolesti)

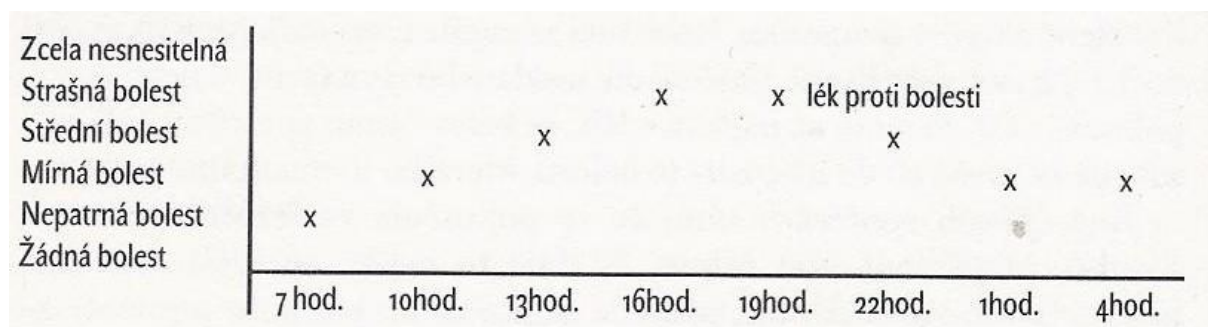
Tato série dotazů poskytuje základní informace o prožívané bolesti, většinou je třeba popsat bolest detailněji nebo člověku pomoci dalšími otázkami k přesnějšímu vyjádření jeho stavu- např. K čemu se dá bolest přirovnat? Odkdy to bolí? Víte, co bolest vyvolává? Jsou bolesti souvislé nebo přerušované? (Opavský, 2012).

Nejčastěji užívaným hodnotícím nástrojem je vizuální analogová škála /VAS/. Slouží k hodnocení intenzity bolesti. Na škále od 0 do 10 se zaznamenává stupeň či procento intenzity bolesti, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 nejhorší bolest, jakou si člověk dovede představit. Většinou má VAS podobu 100mm úsečky. K této škále se někdy připojuje tzv. mapa bolesti, tedy kontury lidského těla, do kterých pacient zakresluje oblasti, v nichž cítí bolest. Na podobném principu jako VAS funguje také slovní stupnice bolesti. V nejjednodušší formě má pět stupňů, kterými člověk trpící bolesti může charakterizovat intenzitu své bolesti- 0-žádná bolest, 1- nepatrná bolest, 2-mírná bolest, 3- střední bolest, 4- strašná bolest- 5- zcela nesnesitelná bolest. (Janáčková, 2007; Knotek, 2012; Opavský, 2012; Rokyta, 2009).

Z dotazníkových metod je nejvíce užíván MPQ- McGill Pain Questionnaire. Dnes se používá jeho zkrácená verze R. Melzacka (1987). Dotazník je cílený na charakter, kvalitu bolesti a obsahuje 15 deskriptorů bolesti. Některé postihují afektivní stránku bolesti (např. bolest vyčerpávající, protivná, mučivá), některé senzorickou (např. bolest tepavá, bodavá, vystřelující, pálivá, tupá), které se hodnotí podle intenzity od 0 do 3.

Doplňkem předchozích metod bývá ještě DIBDA- Dotazník interference bolesti s denními aktivitami, který na pěti stupních popisuje míru ovlivnění denních aktivit bolestí. (0= žádná bolest, 5 = bolesti tak silné, že nejsem běžných činností vůbec schopen) (Opavský, 2012).

Z časového hlediska můžeme bolest hodnotit nejlépe graficky, kdy na svislé ose zaznamenáváme intenzitu bolesti a na vodorovné tok času (Janáčková, 2007).



Obr.2 Záznam časového aspektu bolesti (podle Janáčková, 2007, str. 46)

Zážitek bolesti může člověk sdělovat jak verbálně- MPQ, DIBDA, aj., tak neverbálně - VAS, mapa bolesti nebo pomocí gest, pohybů, mimiky. Hodnotit bolest se dá také např. pomocí kresby, což je metoda vhodná u dětí (Ševčík, 1994).

1.4 Časový aspekt bolesti - bolest akutní a chronická

Hlavním hlediskem bolesti, kterým se tato práce zabývá, je hledisko časové – jak se liší zvládání akutní a chronické bolesti, případně jak se proměňuje s trváním bolesti. V následující části popisují rozdíly a diagnostická kritéria akutní a chronické bolesti.

Podle časového hlediska se bolest rozlišuje na akutní, subchronickou a chronickou. Bolest akutní se vymezuje časovým intervalem několik sekund- 3-6 týdnů. V případě trvání bolesti do 3 až 6 měsíců se mluví o subchronické bolesti, většina klasifikací ovšem tuto fázi vynechává. Nad hranicí 6 měsíců pak jde vždy o bolest chronickou. Definice chronické bolesti někdy udávají hranici trvání 3 měsíců, někdy 6 měsíců a někdy bývá chronická bolest hodnocena jako ta, která trvá poté, co proces hojení již proběhl (Opavský, 2011).

Mezi akutní a chronickou bolestí nacházíme i jiné rozdíly než časové hledisko. Akutní bolest je zpravidla dobře lokalizovatelná. Motivuje člověka k rychlému odstranění zdroje bolesti, chování člověka v akutní bolesti je obvykle neklidné až agresivní, zaměřené na hledání pomoci. Akutní bolest má ochranný charakter, informuje o poškození organismu (Křivohlavý, 1992).

Zážitek chronické bolesti nebývá v úměrném vztahu k podnětům bolest vyvolávajícím. Člověk s chronickou bolestí bývá frustrován, depresivní. Chronická bolest už nemá ochranný účel, spíše sama nabývá charakter nemoci (Křivohlavý, 1992).

Změna bolesti z akutní na chronickou je proces, ve kterém hrají roli psychologické aspekty. Akutní bolest bývá nejčastěji symptomem konkrétního onemocnění. Odpovídá první, senzorické fázi bolesti, ve které dominuje intenzita bolesti. V další fázi jde především o afektivitu- objevuje se pocit nepříjemnosti bolesti, zvláště když je doprovázena nepříznivými podmínkami (např. tělesný diskomfort). Při dalším trvání akutní bolesti se objevuje fáze prvních psychologických změn, která už je zároveň charakteristikou chronické bolesti. Objevuje se v ní zejména strach z bolesti. Čím déle bolest trvá, tím pravděpodobněji se vyskytují psychologické změny a dochází k rozvolňování vztahu mezi patofyziologickým procesem, pocitem bolesti, psychickými procesy a také chováním. Chronická bolest narušuje celkovou afektivitu, sebehodnocení, chování a vztahy k blízkým lidem (Knotek, 2010; Wade et al., 1996).

Psychologické faktory jsou důležitým hlediskem při zkoumání proměn z akutní do chronické podoby bolesti (Rollnik et al., 2001).

2. Psychologické aspekty zvládání bolesti

Bolest, především déletrvající, představuje pro mnoho lidí ohrožení jejich obvyklého způsobu života a jejich dosavadních hodnot (Janáčková, 2007). Následující část práce se zabývá zvládáním (copingem) bolesti a psychologickými faktory, které prožívání bolesti doprovázejí, a které se mění s délkou trvání bolesti.

Psychologickou rovinu bolesti určuje více faktorů zároveň. Jsou to především aktuální emoce, kognitivní zpracování ve smyslu významu, který člověk bolesti připisuje a bolestivé chování - od reflexního úhybu při akutní bolesti až po naučené bolestivé chování při bolesti chronické. Význam hraje i sociální okolí člověka prožívajícího bolest. Psychologické aspekty bolesti se podílejí na vzniku, průběhu, kvalitě a charakteru bolesti, a také celý proces bolesti zpětně ovlivňují (Janáčková, 2007; Rokyta, 2009).

Všechny psychologické faktory mají vliv na zvládání bolesti- na motivaci člověka s bolestí bojovat nebo tento boj vzdát (Křivohlavý, 1992).

2.1. Emocionální reakce

Bolest doprovází lidstvo od počátku existence a je hodnocena zejména jako negativní jev, který vyvolává negativní emoce. Zároveň emoce jsou důležitou psychologickou proměnnou, která ovlivňuje jak vnímání bolesti, tak její intenzitu, frekvenci a trvání (Hamilton, Zautra, & Reich, 2005; Kulesza-Brończyk et al., 2013).

Pozornost výzkumu na téma bolest a emoce je soustředěna na témata negativní emocionální stavy a bolest, katastrofizování a bolest, strach z bolesti, regulace emocí a bolest, apod. (Keefe et al., 2001).

2.1.1 Negativní emoce a bolest

Hlavní emocí při akutní bolesti je úzkost, při chronické převládá deprese. Emocionální reakce a bolest můžeme chápat ve smyslu bludného kruhu- př. akutní bolest vyvolá úzkost, čím větší je úzkost a strach, tím větší je i bolest. Akutní bolest oproti chronické se dá mnohem snadněji zvládat pomocí placebo efektu (Ševčík, 1994).

Čím déle bolest trvá, tím více se setkáváme s pocity hněvu (asi u 70% lidí trpících chronickou bolestí). Hněv je nejčastěji namířen proti sobě samému, rodinným příslušníkům (kteří na rozdíl od nemocného člena rodiny bolesti netrpí), a také proti zdravotníkům, kteří nemocnému nedokážou od bolesti pomoci (Okifuji, Turk & Curran, 1999).

Hněv také více než jiné negativní pocity ovlivňuje intenzitu bolesti. Zvyšuje svalové napětí a bolest je pociťována jako silnější. Tato souvislost byla prokázána na skupině pacientů s chronickými bolestmi zad (Burns, 2006).

Existují studie, kdy se probandům indukují určité emoce, a zjišťuje se, jaký vliv mají na vnímání bolesti. Van Laarhoven et al. (2012) takto probandům navozovali pozitivní a negativní emoce a zjistili, že v rámci negativního naladění je senzitivita vůči bolesti zvýšená. Zároveň se teoreticky zabývali tím, že spojitost funguje i v opačném směru- tedy že bolest vyvolává negativní emoce a že u chronicky nemocných se tento vztah dostává do bludného kruhu.

2.1.2 Strach z bolesti

Strach z bolesti je založen na zkušenosti, že bolest je nepříjemný zážitek. Strach, který bolest vyvolává, vede k vyhýbavému chování- snaze předcházet bolestivému zážitku. V této emocionální reakci jsou mezi jednotlivci velké rozdíly (Keefe et al., 2001).

Rhudy & Meagher (2000) se zabývali strachem a úzkostí a jejich vlivem na prožívání bolesti. Porovnávali tyto dva stavy s neutrálním a došli k závěru, že strach a úzkost mají rozdílný efekt na prožívání bolesti. Úzkost tento prožitek zvyšuje, zatímco strach prožívání (akutní) bolesti snižuje. Ačkoliv jde o stavy podobné, rozdílná je jejich kognitivní složka (strach je vůči konkrétnímu podnětu, úzkost ne). Snížení vnímání akutní bolesti při strachu souhlasí také s tím, že strach má především funkci varování organismu před nebezpečím a zahájení akce (např. útěk/útok) a jedinec se tak soustředí více na to, co ho ohrožuje a co s tím udělá než na vnímání bolesti. Zvýšení vnímání bolesti u úzkosti je pravděpodobně dáno tím, že úzkost je nespecifická reakce, při které je člověk více v napětí, ostražitý a pozornost je nadměrně koncentrována na příchodí podněty, tedy i bolest.

Předchozí výzkum se týká zejména bolesti akutní a toho, jak je ovlivňováno její prožívání. Výzkumy zabývající se strachem z bolesti u chronicky nemocných lidí se zaměřují také na to, jak strach ovlivňuje vývoj bolestivých stavů a chování jedinců s bolestmi. Příkladem je australský výzkum (Perry & Francis, 2013), který se zároveň snažil tento faktor zkoumat na heterogenním vzorku- tedy lidech s různými druhy chronické bolesti. Strach z bolesti a s ním spojené vyhýbavé chování souvisely s horším průběhem bolesti, depresivními stavy a disabilitou. Oproti tomu vysoká self-efficacy měla pozitivní, téměř opačný efekt.

U chronicky nemocných strach často časově následuje bolestivému podnětu, jak ukazuje výzkum pozornosti k bolesti (Crombez et al., 2013). Pacienti s chronickými bolestmi

měli po dobu dvou týdnů 8x denně zaznamenávat, jakou bolest a jaké emoce prožívají. Po zážitku zvýšené, intenzivnější bolesti většinou následovaly strach, negativní emoce a zvýšená pozornost k bolesti. U osob, které byly se svými bolestmi smířeny, tento vztah nebyl tak silný.

2.1.3 Regulace emocí

Dalším aspektem, který souvisí s emocionální reakcí na bolest, je schopnost regulace emocí. Regulovat vlastní emoce znamená ovlivňovat, jaké emoce a po jakou dobu bude člověk prožívat, a jakým způsobem je bude projevovat. Existují dva procesy, které jsou v rámci regulace emocí důležité – identifikace neboli rozpoznání emocí a to, zda jsou potlačovány nebo projevovány. Regulace emocí nabývá na významu s trváním bolesti, i když pro ni platí stejné zákonitosti jak u akutní, tak u chronické bolesti- jako neadaptivnější se jeví dobrá schopnost rozpoznat emoce a jejich projevování, nikoliv potlačování. (Ruiz-Aranda, Salquero, & Fernández-Berrocal, 2010; Stanton et al, 2000).

S touto skutečností souvisí i fakt, že mezi chronicky nemocnými je podle mnoha studií velké procento alexithymních jedinců (Lumley, Asselin, & Norman, 1997; Millard & Kinsler, 1997; Shibata et al., 2014). Pojem alexithymie pochází z řeckého slovního spojení „a-lexi-thymos“, což v doslovném překladu znamená „beze slov pro pocity“. Jde o afektivní poruchu, která se projevuje právě neschopností popisovat své vlastní prožívání, respektive rozpoznávat své emoce. Emoce alexithymních osob mají tendenci být spíše povahy negativní a alexithymie způsobuje neschopnost tyto emoce regulovat pomocí kognitivních nebo jiných psychických procesů (Sifneos, 1996; Taylor & Bagby, 2004). Podle studie Saariahové et al. (2013) je mezi chronicky nemocnými každý pátý alexithymní. Porcelli et al. (1995) v porovnání skupiny chronicky nemocných osob a skupiny zdravých osob, které si odpovídaly rozložením věku, pohlaví a vzdělání, zjistili ještě větší nepoměr. Ve skupině chronických pacientů se vyskytovalo 35,7 % alexithymních jedinců, zatímco ve zdravé skupině jen 4,5%.

Lidé se liší jak ve schopnosti regulovat své emoce, tak ve změnách a intenzitě emocionálních stavů. V adaptaci na bolest hrají roli oba tyto faktory. Nejlepším prediktorem adaptace na bolest je kombinace dobré schopnosti regulovat vlastní emoce a sklon k slabším emocionálním výkyvům. Naopak nejhůř se na bolest adaptují lidé se sklonem k silným afektům a nízkou schopností regulovat své emoce (Hamilton, Zautra, & Reich, 2005).

2.1.4 Catastrophizing

Specifickou reakcí na bolest je katastrofizování (*catastrophizing*). Jde o emocionální reakci s tendencí soustředit se na bolestivý podnět a nadhodnocovat význam ohrožení, které představuje. Zároveň je taková reakce spojena s očekáváním, že člověk s bolestí nemůže nic dělat, nemá nad ní žádnou kontrolu. U akutní i chronické bolesti je spojována s větší vnímanou intenzitou bolesti. U chronické pak také s horšími výsledky léčby, bolestivým chováním, nadměrným užíváním léků a disabilitou (Sullivan et al., 2001).

Katastrofizování je zčásti i kognitivní reakcí na bolest, jelikož zahrnuje hodnocení významu bolesti a negativní myšlenky. Jde spíše o formální zařazení, někteří autoři jej vidí více jako emocionální, někteří jako kognitivní reakci (Kovacs et al., 2011; Weisenberg, 1998).

Katastrofizování predikuje horší výsledky léčby bolesti, ovšem tento přístup lze změnit. Pacienti, kteří se snažili snížit množství negativních myšlenek a negativních očekávání ohledně vývoje bolesti a snažili být se vědomě více pozitivní, dosáhli přirozeně zlepšení svého stavu (Kim et al., 2015; Zautra & Manne, 1992).

2.2 Kognitivní zhodnocení bolesti

S emocionálními reakcemi na bolest úzce souvisí kognitivní hodnocení bolesti. Oba tyto aspekty se vzájemně ovlivňují a určují způsob zvládání bolesti.

Prvotní kognitivní hodnocení bolesti je určeno názory na bolest a postoji k ní- to, jak si člověk bolest vykládá, co v souvislosti s ní očekává. Při hodnocení bolesti si člověk odpovídá na otázky „Co se mi to děje?“ „Proč se to děje?“ „Co s tím udělám?“ To vše je výsledkem dosavadní zkušenosti s bolestí. V průběhu bolestivého stavu se názory a postoje k bolesti mohou měnit, v této souvislosti bývá často rozhodujícím faktorem tzv. permanence, názor, že bolest bude trvat dlouho, případně celý život (Knotek, 2010; Rokyta, 2009; Weisenberg, 1998).

Opavský (2011) za kognitivní faktory ve vnímání zejména chronické bolesti považuje změnu hodnocení sebe sama, životních perspektiv, vztahy k dalším osobám, názory na bolest a obavy z jejího dalšího vývoje, změny názorů na léčbu apod.

Bolest sama o sobě je jen částečně zodpovědná za utrpení, které člověk prožívá. Velmi důležité je, jak člověk bolest interpretuje. Pokud ji člověk vnímá jako ohrožení, poškození organismu apod., může taková bolest způsobit větší utrpení než větší bolest interpretovaná

v pozitivním rámci. Lidé s chronickými bolestmi mívají spíše negativní očekávání, co se týká jejich schopnosti kontrolovat bolest, a často si připadají bezmocní. To vede k demoralizaci, snížení aktivity, přehnaným reakcím na bolest a vývoj bolesti se zhoršuje (Weisenberg, 1998).

Z kognitivních aspektů má na vnímání a vývoj bolesti velký vliv pociťovaná velikost kontroly nad bolestí. Locus of control je důležitou proměnnou u akutní (i uměle vyvolané) bolesti, a ukazuje se jeho platnost nejen v experimentálních podmínkách, ale též v klinické praxi a také u chronických bolestí (Jensen & Karoly, 1991).

2.2.1 Locus of pain control

Locus of control je koncept, který navrhl J. B. Rotter (1966) v rámci své teorie sociálního učení. Existuje vnitřní a vnější locus of control. Lidé, kteří věří, že mohou kontrolovat a ovlivňovat většinu událostí, které se jim dějí, mají vnitřní locus of control. Připisují své úspěchy i neúspěchy svému vlastnímu jednání, snažení a svým charakteristikám. Naopak lidé s vnějším locus of control věří, že jejich výsledky jsou ovlivněny zejména náhodou, osudem, štěstím, někým jiným apod. V rámci psychologie bolesti se užívá také koncept locus of pain control, který funguje na stejném principu, jen se týká kontroly bolesti.

Vnitřní locus of pain control souvisí s větší tolerancí k bolesti a s pozitivnější reakcí na bolest (Rokke et al., 1991). Jedinci s vyšším externím locus of control mají tendenci reagovat na bolest negativními emocemi a hodnotit bolest jako silnější (Arraras et al., 2002). Jsou ovšem i studie, které mezi jedinci s vnějším a vnitřním locus of control nenacházejí rozdíly, co se týká vnímání intenzity bolesti a tolerance k akutní bolesti (Jokic-Begic, Ivanec, & Markanovic, 2009).

Locus of pain control (LPC) ovlivňuje např. závislost na lécích proti bolesti. Jedinci s vnějším locus of pain control jsou náchylnější k užívání vyšších dávek léků, což častěji vede k prodloužení bolestivých stavů a horší adaptaci na bolest (Porto et al., 2014).

Mezi chronicky nemocnými bývá více jedinců s externím locus of pain control, kteří spoléhají na „moc ostatních“, zejména odborníků, kteří jim mohou od bolesti pomoci. Část pacientů je také někde uprostřed kontinua vnější-vnitřní locus of control, což znamená, že částečně věří odborníkům a následují jejich doporučení, ale aktivně se snaží ovlivňovat a kontrolovat svoje bolesti (Cwajda-Białasik et al., 2012).

2.2.2 Self-efficacy

Podobným konceptem, který ovlivňuje vývoj bolesti, je self-efficacy. Do češtiny se překládá jako vnímaná osobní účinnost, vnímání vlastní účinnosti, apod. Self-efficacy je

termín Bandury (1977) a znamená, nakolik o sobě člověk smýšlí jako o kompetentním a majícím schopnosti a dovednosti k vypořádání se s různými, zejména stresujícími a náročnými situacemi. Predikuje, zda se člověk snaží dané situace (v kontextu psychologie bolesti právě akutní či chronickou bolest) zvládat nebo se jim vyhýbá, protože si myslí, že nemá na to se s nimi vypořádat.

Podle metaanalýzy několika studií zabývajících se self-efficacy a bolestí (Jackson et al., 2014), má self-efficacy pozitivní vliv na výsledek léčby bolesti, snižuje zejména depresi, úzkost a strach z bolesti, a také míru omezení a intenzitu bolesti.

Arnstein et al. (1999) ve své studii vysvětlují pomocí self-efficacy přibližně 50 % případů tělesného postižení, které vzniklo z chronické bolesti.

Různé studie ale nepřinášejí stejné závěry. Podle některých nízká úroveň self-efficacy předpovídá rozvoj depresí a fyzických omezení (Sardá Jr. et al., 2007). Schiaffino, Revenson & Gibofsky (1991) došli při zkoumání vztahu self-efficacy- depresivní stavy k jinému závěru. Self-efficacy neměla žádný efekt na výskyt depresivních myšlenek u jedinců s mírnou bolestí. U silných bolestí ovšem self-efficacy naopak korelovala s vyšším výskytem depresivní poruchy.

2.2.3 Přijetí bolesti

Příznivý efekt na vývoj bolesti, tedy zlepšení celkového stavu, snížení úzkosti a zmírnění bolesti, má přijetí bolesti (Vowles, McCracken, & Eccleston, 2007).

Tento efekt funguje nejen u chronických bolestí. V rámci akutních bolestí má přijetí bolesti vliv na vnímání a toleranci bolesti. Hayes et al. (1999) porovnávali efekt přijetí s vědomou kontrolou bolesti a placebo efektem. Studenti byli požádáni, aby drželi prst ve studené vodě, dokud to půjde. První skupina byla instruována, aby bolest prostě přijala a nesnažila se ji kontrolovat. Myšlenky jako „už takovou bolest nemůžu vydržet“ měli studenti pouze zaznamenat a přijmout, ne je následovat činy. Bylo jim řečeno, že cílem je pomoci lidem přijímat jejich pocity a myšlenky místo toho, aby s nimi bojovali nebo se jimi nechali ovládat. Skupina, která svou bolest vědomě kontrolovala, tak činila pomocí soustředění se na vlastní tělo, imaginace, pozitivní myšlení. Poslední (placebo) skupina si myslela, že jejich úkolem je podat informace o bolestivých pocitech, které jim tento úkol přinesl. Měli se soustředit na detailní pocity místo toho, jak dlouho dokážou prst ve vodě udržet. Nejdéle vydržela bolest skupina, která ji měla přijmout.

Podobnou studii, ve které kontrola bolesti byla nahrazena odváděním pozornosti, zatímco placebo a přijetí jako proměnné zůstaly, uskutečnili Kehoe et al. (2014). Došli ke stejnému závěru, že přijetí bolesti fungovalo v sérii experimentů nejlépe. Zároveň snaha o odvedení pozornosti byla zprvu také účinná, po nějaké době přestala účinkovat.

V rámci akutních bolestí vedou k efektivnímu zvládnutí kromě přijetí bolesti také léky snižující bolest, odpočinek, rozptýlení pozornosti apod. V rámci chronické bolesti už většinou tyto strategie účinné nejsou, protože jsou zaměřeny na kontrolu bolesti a chronická bolest většinou trvá tak dlouho, že je vyčerpávající, ne-li nemožné ji stále kontrolovat nebo zmírňovat. V případě chronické bolesti má právě přijetí bolesti velmi příznivý vliv na vývoj bolesti a kvalitu života (Hayes et al., 1999).

McCracken (1998) ve studii chronicky nemocných osob potvrzuje přijetí bolesti jako důležitý krok směrem k lepší adaptaci a perspektivě léčby bolesti. Přijetí bolesti předchází úzkosti z bolesti, vyhýbavému chování, depresím, fyzickému omezení apod.

Na základech efektu přijetí bolesti byla vytvořena tzv. acceptance-commitment therapy (ACT) - terapeutický postup, který učí pacienty přijímat bolest a negativní emoce s ní spojené. Jako protipól přijetí bolesti vidí vyhýbavé chování, které se snaží u lidí s chronickými bolestmi minimalizovat (Hayes et al., 1999).

Švédská studie (Dahl et al., 2004) se zabývala účinky acceptance-commitment therapy a zaměřila se na osoby, jejichž zdravotní stav odpovídal chronifikaci a postupnému zhoršování bolestí. Kvůli svým bolestem chyběli tito lidé čím dál častěji v práci a byl pravděpodobný jejich odchod do invalidního důchodu. Dahl et al. se zaměřili právě na porovnání počtu dnů, kdy byli schopni pracovat před terapií a po terapii. U osob, které podstoupily acceptance commitment therapy, se podle návazné studie po 6 měsících snížila jejich absence v práci o 91%. Jde o velmi výrazný rozdíl, vzhledem k tomu, že intervence ACT byla poměrně krátká (4 sezení během 1 měsíce). Výsledky mohou být zkresleny poměrně malým vzorkem pokusných osob (19).

2.3 Behaviorální reakce na bolest

Behaviorální reakce jsou důležitou součástí reakce na akutní i chronickou bolest. Právě tyto reakce jsou rozhodující v otázce vývoje bolesti- v chování se promítají jak emocionální, tak kognitivní reakce na bolest (vyjma reakcí na akutní bolesti, které jsou nečekané a trvají krátce, kde behaviorální reakce jako např. ucuknutí předchází emocím i kognitivnímu hodnocení). Behaviorální reakcí rozumíme především tzv. bolestivé chování, které se

projevuje v řeči (stížnosti, prosby, slovní agrese), hlasově (sténání, pláč, vzlykání) a dalšími způsoby (zaujetí úlevové polohy, grimasy,...). Za behaviorální odezvu se ale také považuje fyziologická reakce jako zrychlený tep, zvýšená produkce některých hormonů apod. Specifickou podobou bolestivého chování je vyhýbavé chování, které se objevuje častěji až u chronické bolesti (Janáčková, 2007).

2.3.1 Bolestivé chování

Bolestivé chování je u akutní bolesti okamžitou reakcí (přirozeným reflexem) předcházejícím emocionální reakci i hodnocení bolesti. Příkladem může být ucuknutí ruky při doteku horkého předmětu, hlasové reakce a jiné projevy, které uvolňují napětí, ulevují od bolesti a podněcují okolí k pomoci (Knotek, 2010; Rokyta, 2009).

Bolestivé chování ovšem s trváním bolesti mění svůj význam. U chronického stavu už často nebývá příčinou bolestivého chování bolest sama, ale druhotné zisky z nemoci- např. úlevy od povinností, předpisy léků, finanční odškodnění, i když intenzita bolesti a snížená psychická odolnost jsou stále zásadní, co se týká bolestivého chování. Bolestivým chováním může být např. vyhýbání se některým činnostem (motivované vyhnutí se bolesti, ale někdy i bez přímé souvislosti s bolestí), změna držení těla, pohybových aktivit, jiné vzorce v sociálním chování, vyhledávání pomoci (nejen odborné). Projevy se samozřejmě liší na základě věku, pohlaví, vzdělání, osobnostních charakteristik a zkušeností s bolestí. Bolestivé chování by mělo být včas rozpoznáno a mělo by být zabráněno jeho fixaci. Společensky závažnějším projevem bolestivého chování je disabilita (Knotek, 2010, Opavský, 2011).

Pozornost na problematiku chování při bolesti obrátila práce Fordyce et al. (1973) o učení bolestivého chování. Říká, že naučené bolestivé chování vychází z principu operantního podmiňování – chování, které doprovází bolest je následně odměňováno různými výhodami. Fordyce et al. ve své studii navrhli léčebný program, který měl snížit výskyt bolestivého chování u lidí s chronickou bolestí. Cílem tohoto programu bylo snížení množství užívaných léků, snížení vyhýbavého chování vůči různým aktivitám, zvýšení fyzické kondice, začlenění více chůze do denního programu a celkové zvýšení pacientovy angažovanosti v sociálním a pracovním životě. Lidé blízcí pacientům s chronickou bolestí (zejména životní partneři) byli instruováni, jak mají reagovat na pacientovo bolestivé chování (stěžování si na bolest apod.)- měli se snažit takové chování co nejméně odměňovat (posilovat) a naopak pozitivní přístup pacienta odměňovat např. pozorností, souhlasem. Přibližně čtyřtýdenní (u některých pacientů delší) program, během něhož byla snížena dávka léků, pacienti museli více chodit, cvičit a zařadit do svého denního režimu více aktivit, měl

dlouhodobý efekt na vývoj zdravotního stavu a kvality života těchto pacientů. Návazná studie proběhla až téměř po dvou letech a zjistila, že průměrná subjektivně pocíťovaná intenzita bolesti se snížila z 8,57 na 6,17 na stupnici 0-10 (VAS). Stejně tak se u pacientů snížilo i omezení, které jim bolest přinášela, a byli více aktivní.

2.3.2 Vyhýbavé chování

Vyhýbavé chování je spojeno se strachem z bolesti a je spíše charakteristikou chronické než akutní bolesti. U lidí s chronickými bolestmi poměrně často není samotná bolest příčinou, která vede k omezením a zhoršené kvalitě života. Jsou to spíše podněty, se kterými si lidé bolest spojí, momenty, kdy bolest prožívají, což může být určitý druh aktivity (nebo pohyb obecně), práce, určitý pracovní úkol apod. Vyhýbavé chování znamená úmyslné vyhýbání se takovým aktivitám, které by mohly přinášet nebo zhoršovat bolest. Lidé se sklony k vyhýbavému chování jsou pozornější vůči signálům bolesti a hůře od bolestivých signálů odvádějí pozornost. Vyhýbavé chování (*fear-avoidance*) je spojeno s horší adaptací na bolest a bývá dáváno do protikladu s přijetím bolesti (*acceptance*) (Dahl et al., 2004; Ramírez-Maestre, Esteve, & López-Martínez, 2014).

2.4 Adaptace na bolest, coping

Komplexní reakcí na bolest je coping, zvládání bolesti. Zahrnuje emocionální, kognitivní a behaviorální aspekty a předurčuje úspěšnou nebo neúspěšnou adaptaci na bolest (Knotek, 2010). V následující kapitole se zabývám copingem z hlediska jeho (ne)adaptivity, nejčastěji v podobě dílčích copingových strategií.

Obecnou definici copingu navrhuje Lazarus (1966, str. 151): „*Termínem „coping“ odkazujeme na strategie, kterými se vyrovnáváme s ohrožením.*“

V oblasti psychologie bolesti mluví o copingu Knotek (2012, str. 191) takto: „*Coping bolesti (vyrovnání se s bolestí) označuje psychické procesy, které slouží k udržování psychické rovnováhy při psychickém stresu vyvolaném bolestí.*“ Zahrnuje hodnocení bolesti, vlastních dispozic bolesti vzdorovat a volbu řešení. Coping vyúsťuje v adaptaci a zotavení se nebo maladaptaci, utrpení a naučené bolestivé chování. Efektivní coping stabilizuje psychické procesy. Zahrnuje hodnocení bolesti jako výzvy, realistické vnímání informací a vzdorování bolesti. Coping vede k obnovení psychické a sociální integrace po zhojení bolestivého stavu, případně adaptaci na nezhojitelnou bolest. Pokud stav bolesti přetrvává, za příznivý výsledek copingu se pokládá dozrání osobnosti, přehodnocení nepodstatných zájmů, hodnot, aspirací,

ale též konfliktů s lidmi. Selhání copingu vede k utrpení. Utrpení se projevuje negativní afektivitou- úzkostí, zlostí a depresí. Z kognitivního hlediska se projevuje znehodnocujícím vnímáním sebe sama. Vyrovnávání se s bolestí skrze mezilidské vztahy a komunikaci bývá označováno jako vnější, sociální coping (Knotek, 2010; 2012).

Užívání copingových strategií se většinou liší při akutní a chronické bolesti. Podle výzkumu Rollnika et al. (2001), pacienti s chronickou bolestí hlavy oproti pacientům s akutní bolestí mnohem více užívají náboženství a hledání významu nemoci v životě, jako způsob vyrovnávání se s bolestí a také předstírání, že je vše v pořádku (popírání). Depresivní pocity uvádějí pacienti s chronickou bolestí mírně vyšší, ne však významně oproti pacientům s akutní bolestí. Coping pacientů s akutní bolestí se významně neliší od zdravých jedinců. Protože nejde o prospektivní studii, poukazují autoři na to že, odlišnost v copingových strategiích může být důsledkem transformace z epizodické do chronické bolesti, ne příčinou tohoto procesu.

Vcelku předvídatelně se jako velmi efektivní způsob copingu ukazuje pozitivní přístup (positive attitudes), méně však snaha o vědomé prožívání nebo reinterpretace nemoci/bolesti. Pozitivní přístup zahrnuje převzetí života (a kontroly bolesti) do vlastních rukou, snahu nezabývat se neustále myšlenkami na bolest, ale dělat věci, které jsou člověku příjemné. Tato strategie vede ke zvýšení životní spokojenosti, což je projevem adaptivního copingu. Při porovnání zdravých jedinců a chronicky nemocných pak v otázce životní spokojenosti nemusíme nacházet vůbec žádné rozdíly (Büssing et al., 2010).

Volba copingových strategií a celková adaptace na bolest také souvisí s úrovní resilience (odolnosti) konkrétního člověka. Newton-John, Mason & Hunter (2014) uvádějí, že vyšší resilience je spojena s menší tělesnou disabilitou, větší sociální oporou a pravděpodobností, že člověk s chronickou bolestí nadále pracuje. Co se týká copingu, vyšší resilience souvisela s menším sklonem k vyhýbání se (aktivitám, lidem,...).

Výzkum copingových strategií se také zaměřuje na porovnávání strategií u různých druhů bolestí. V rámci chronických bolestí se jeden z výzkumů zabýval copingem u pacientů s bolestí zad (low back pain) a bolestí hlavy (chronic daily headache). Tyto dvě skupiny se překvapivě v mnoha ohledech lišily. U bolestí hlavy lidé používali nejvíce sebekontrolu (v činech i emocích), pozitivní přerámování významu nemoci/bolestí a také vyhýbání. Právě v této strategii se lišili od pacientů s bolestmi zad, kteří ji využívali mnohem méně. Naopak mnohem více než lidé s bolestmi hlavy využívali plánování a řešení problému. Kromě copingových strategií výzkum zaznamenal také skutečnost, že lidé s bolestmi hlavy vykazují

známky nezpracovaných emocí a potlačování emocí (Banerjee, Bhattacharya, & Sanyal, 2014). Pacienti s chronickou bolestí, která je nádorového původu, se často obrací k víře v Boha- více než pacienti s jinými chronickými bolestmi. Důvodem může být to, že ve výzkumech zpravidla pacienti s rakovinou patří mezi starší, mezi nimiž je více věřících, mají vyšší vzdělání a vliv může mít také to, že nádorové bolesti často nelze efektivně zmírňovat a v mnoha případech tito pacienti vnímají riziko úmrtí (Büssing et al., 2010).

Jedna z prospektivních studií se zaměřila na rozdíl v copingu orientovaném na kontrolu nad bolestí a copingu zaměřeném na přijetí bolesti (McCracken, Vowles & Gauntlett-Gilbert, 2007). Lidé, kteří přijali chronickou bolest (smířili se s ní) a pokračovali v běžných aktivitách, vykazovali lepší fyzické zdraví a byli celkově spokojenější než ti, kteří se bolest pokoušeli kontrolovat a zmírňovat. Pacienti, kteří neakceptují svou bolest, více trpí a prožívají více distresu. Poměrně nečekaně oproti jiným studiím tak zmírňování bolesti různými metodami, snaha o pozitivní myšlení, odvádění pozornosti od bolesti, fyzické cvičení, plánování aktivit apod. nevedlo k takovým výsledkům jako samotné přijetí bolesti (McCracken & Samuel, 2007; McCracken, Vowles, & Gauntlett-Gilbert, 2007).

Strategie přijetí bolesti a rozptýlení fungují jinak u akutní bolesti. U krátkodobě pociťované bolesti mají na snížení intenzity podobný vliv přijetí i rozptýlení, rozptýlení snižuje intenzitu bolesti dokonce o něco více (Kohl, Rief & Glombiewski, 2013).

2.4.1 Aktivní vs. pasivní coping

Coping se v literatuře často rozděluje na aktivní a pasivní. Aktivní coping zahrnuje strategie orientované na řešení problému, shánění informací, soustředění se na problém, vědomou regulaci emocí. Bývá asociován s příznivějším stavem- jak po psychické stránce (bez depresí, vyšší self-efficacy), tak fyzické (menší výskyt bolesti a jiných fyzických omezení). Pasivní coping, např. vyhýbání se, útek, je spojován s depresi, většími bolestmi, nižší self-efficacy a většími fyzickými handicap. Někdy se mluví také o adaptivní a maladaptivním copingu. Klíčové je to, zda člověk spoléhá na vnitřní nebo vnější zdroje ohledně kontroly bolesti. U některých konkrétních strategií ale nelze říct jednoznačně, zda jde o strategii aktivního nebo pasivního copingu. Například strategie užívání medikace- jde o pasivní coping, protože člověk spoléhá na vnější zdroj kontroly, zároveň může jít i o aktivní coping, protože pacient se tím sám podílí na léčbě. Doufání a víra jsou pro někoho strategií aktivní, jiný ji může hodnotit jako pasivní. Otázkou jsou také individuální rozdíly v efektivitě strategií (Snow-Turek, Norris, & Tan, 1996; Büssing et al., 2010).

Současný přístup k léčbě chronické bolesti obecně doporučuje pacientům strategie orientované na duševní pohodu, aktivitu, jako např. cvičení, relaxace, setrvávání v běžném denním režimu a činnostech a naopak za nesprávné a léčbu komplikující a prodlužující považuje tzv. na nemoc orientované strategie jako jsou odpočívání, znehybnění zraněné části těla či zdroje bolesti, užívání analgetik. Ovšem tyto strategie nemusí být vždy maladaptivní a některým pacientům v určité fázi nemoci/bolesti pomáhat, zejména pacientům s akutní bolestí, bolestí asociovanou s vážnou nemocí (nádorové bolesti, artritida,...) nebo pacientům s nesnesitelnou bolestí. I když je zdůrazňována důležitost aktivních strategií a v terapeutických programech pro léčbu chronické bolesti se obecně směřuje k snižování pasivních strategií, vždy by se mělo zvažovat individuální hledisko (Jensen et al., 1995).

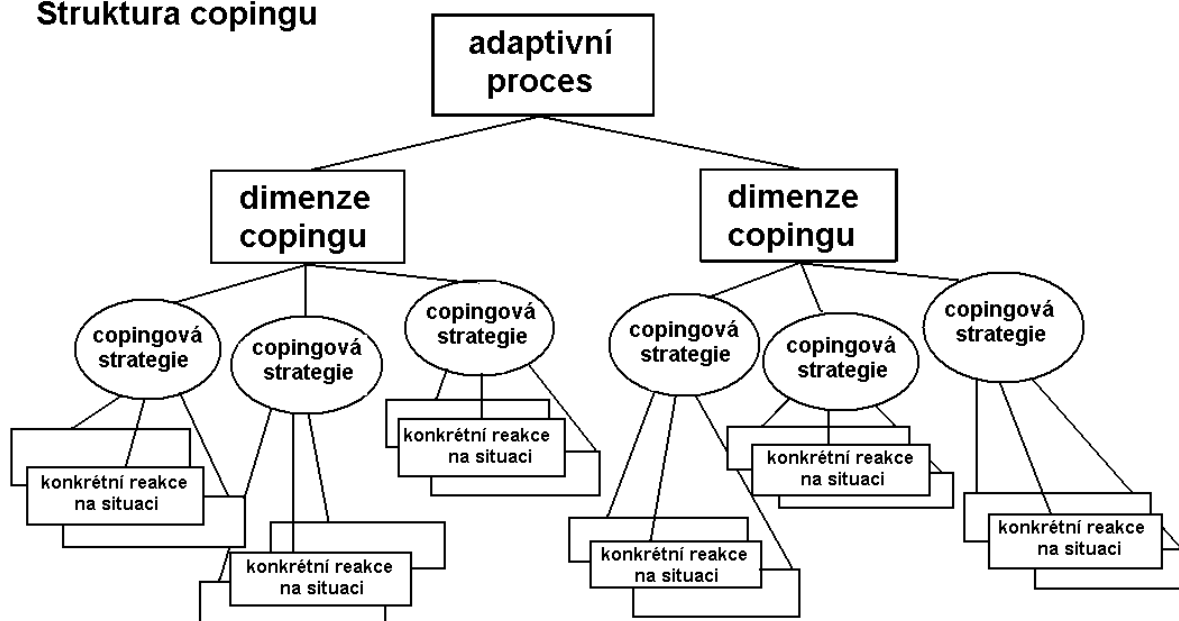
U chronických bolestí, které již nelze léčit nebo výrazně zmírňovat, mají copingové strategie funkci vyrovnání se s touto skutečností. Proto se u nich nesetkáváme v takové míře s aktivním copingem (jako u akutních bolestí, kdy je naděje na vymizení bolesti velká). Pacienti s chronickou bolestí vnímají bolest často jako něco externího- něco, co jim zasáhlo do života a trvale jej změnilo. Někteří se místo soustředění na bolest snaží zvýšit svou kvalitu života jiným způsobem- zdravějším životním stylem, vyřešením sporů a zlepšením vztahů s blízkými. Během trvání chronické bolesti se copingové strategie mohou měnit. Neděje se tak většinou jenom kvůli době trvání, změna copingu se odehrává i díky událostem, které prožívání chronické bolesti doprovázejí- např. zvýšení intenzity bolesti, efektivita léčby, podpora partnera, finanční situace, změna denního režimu (Büssing et al., 2010).

2.4.2 Copingové strategie v dotaznících

Copingových strategií je celá řada, každý dotazník užívá jiné názvy, rozlišení i počet copingových strategií. V roce 2003 byla provedena analýza více než 100 různých metod měřících copingové strategie (Skinner et al., 2003). Některé z těchto metod obsahovaly dvě nebo tři copingové strategie, některé i desetkrát tolik. Prostým výčtem strategií, které se v těchto škálách a dotaznících vyskytovaly, došli autoři až k číslu 400. Každá metoda byla ovšem vyvíjena na jiné populaci (např. na lidech v různém věku), zaměřena na odlišné stresory (různé nemoci, bolesti, náročné životní události) a většina copingových strategií není zobecnitelná na všechny situace a celou populaci. Aby se daly copingové strategie mezi sebou alespoň nějakým způsobem porovnávat, navrhuji autoři model, ve kterém rozlišují několik úrovní copingu (viz obr. č. 3). Rozlišují v něm tzv. *coping instances* neboli **konkrétní reakce na stresující situaci**, např. „vzal jsem si talisman pro štěstí“ nebo „sehnal jsem si k tomu všechny dostupné informace“. Toto bývají položky v copingových dotaznících. Druhou

úrovni jsou pak *ways of coping*, což jsou **copingové strategie** běžně měřené právě copingovými dotazníky a škálami. Jsou to např. vyhýbání se problému, popírání, aktivní řešení problému, smíření se, dlouhé přemítání a hloubání, ventilování pocitů, hledání sociální opory apod. Nadřazenou úrovní jsou pak *families of coping*, které sdružují vždy několik copingových strategií a bývají překládány také jako **dimenze copingu**. Jsou to například na emoce zaměřený coping, na řešení problému orientovaný coping a různé jiné obecné přístupy ke copingu, které poté vedou k **adaptivnímu procesu** (*adaptive process*). Každá konkrétní odpověď na stresující situaci vede tedy k nějakému (ne)adaptivnímu procesu.

Struktura copingu



Obr. 3. Struktura copingu (podle Skinner et al., 2003, str. 218)

Nejčastěji se setkáme s pojmy coping a copingové strategie. Copingové strategie jsou pojmem podřazeným copingu, jde o konkrétní mechanismy, které mají krátkodobý efekt na řešení aktuálního stresoru a dlouhodobý efekt na duševní a fyzickou pohodu (Skinner et al., 2003).

Ways of Coping Questionnaire

Jde o jeden z nejpoužívanějších copingových dotazníků, navržený Susan Folkmanovou a Richardem Lazarusem v 80. letech. Původní verze Ways of Coping Checklist z roku 1980 obsahovala 68 položek a rozlišovala dva druhy copingu – *problem focused* a *emotion focused* (Folkman & Lazarus, 1985). Poté byla upravena a nyní měří dotazník 8 copingových strategií (Folkman et al., 1986) :

- 1) **Konfrontace** (*confrontive coping*) – velké úsilí je vynakládáno na změnu nevyhovující situace, zahrnuje také podstupování rizika
- 2) **Distancování** (*distancing*) – snaha minimalizovat význam situace a odpoutat se od ní
- 3) **Sebekontrola** (*self-controlling*) – snaha o regulaci emocí a činů
- 4) **Hledání sociální opory** (*seeking social support*) – hledání především emocionální opory
- 5) **Přijímání zodpovědnosti** (*accepting responsibility*)- uznání vlastní angažovanosti v problému a snaha dát věci do přijatelného stavu
- 6) **Únik/vyhýbání** (*escape-avoidance*)- přání i skutečné jednání vedoucí k úniku od problému
- 7) **Plánování** (*planful problem solving*) – snaha o změnu nevyhovující situace skrze plánování a analýzu problému
- 8) **Pozitivní přerámování** (*positive reappraisal*) – snaha o vytvoření pozitivního významu situace, soustředění se na osobní růst; náboženský rozměr

Coping Orientation to Problems Experienced

Dotazník COPE je inspirovaný prací Folkmanové a Lazaruse (1986). Původní verze obsahovala 53 položek a rozlišovala 14 strategií (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). V roce 2000 byla revidována, položky redukovány na 37 a strategie na 12. Položky byly také rozděleny do 3 dimenzí – active coping, emotional coping a avoidance coping, některé ze strategií se vyskytují u dvou z těchto dimenzí, ale uvádím je u té dimenze, kde se vyskytuje většina položek dané strategie (Lyne, Roger, 2000):

- a) active coping
 - **aktivní coping** (*active coping*)
 - **plánování** (*planning*)
 - **potlačení rozptylujících podnětů** (*suppression of competing activities*) - tato strategie se dá charakterizovat jako protiklad útěku/vyhýbání, člověk se snaží soustředit na to, aby problém vyřešil
 - **zdrženlivost** (*restraint*) – vyčkávání na vhodnou příležitost, kdy začít jednat (částečně aktivní i pasivní strategie)
 - **pozitivní reinterpretace** (*positive reinterpretation*)
 - **přijetí** (*acceptation*)
- b) emotional coping
 - **hledání sociální opory**- (*seeking social support for instrumental reasons*) opora ve smyslu získávání informací, rad, asistence

- **hledání sociální opory** (*seeking social support for emotional reasons*) opora v okolí ve smyslu porozumění, morální podpory, sympatií
 - **ventilování emocí** (*focus on and venting emotions*) – neadaptivní zejména z dlouhodobého hlediska
- c) avoidance coping
- **popření** (*denial*)
 - **odstoupení od činů** (*behavioral disengagement*) – člověk vzdá snahy o řešení, vnímá se jako bezmocný vůči stresoru
 - **odstoupení od myšlenek** (*mental disengagement*) – strategie podobná útěku/vyhýbání, člověk se snaží rozptýlit jinými myšlenkami, aby nemusel o situaci přemýšlet a řešit ji

Původní COPE byl testován na populaci zdravých jedinců, kteří si měli vybavit největší stresor za poslední 2 měsíce a vypovědět o tom, jak se s ním vypořádali. Dotazník byl několikrát revidován a zadán různým populacím, poslední velkou revizi uskutečnili Lyne & Roger (2000) na 587 probandech. V roce 2013 byl zadán populaci depresivních a úzkostných jedinců, kde se faktorovou analýzou ukázalo být platných pouze 6 strategií (aktivní plánování, sociální opora, popírání, zdrženlivost, přijetí a odpoutání se)- některé byly sloučeny do jedné kategorie, některé vyřazeny pro nízkou vnitřní konzistenci. Záleží tedy, jaké populaci je COPE zadáván (Pang, Strodl, & Oei, 2013).

Multidimensional Coping Inventory

Metoda rozlišuje 3 dimenze copingu – *task oriented*, *emotion oriented* a *avoidance oriented*. Stejně jako předchozí dva dotazníky rozlišuje dimenzi *na problém orientovaný- na emoce orientovaný coping*, jen první z nich nazývá *task-oriented* (na úkol zaměřený coping). K tomu přidává ještě třetí samostatnou dimenzi- *avoidance oriented* (vyhýbání se) (Endler & Parker, 1990).

Coping Strategies Questionnaire

CSQ je jedním z nejpopulárnějších dotazníků copingových strategií ve výzkumu chronické bolesti. Byl přeložen do mnoha jazyků a mnohokrát revidován a existují jeho zkrácené verze. Originální dotazník má 48 položek, které se ptají, do jaké míry člověk užívá danou copingovou strategii. Dotazník měří 6 kognitivních copingových strategií a dvě behaviorální. Mezi kognitivní patří katastrofizace, odvádění pozornosti, reinterpretace bolestivých pocitů, pozitivní prohlášení (afirmace), ignorování bolestivých pocitů a náboženství (motlitba, doufání). Behaviorální strategie jsou zvýšená aktivita nebo zvýšené

bolestivé chování (Rosenstiel & Keefe, 1983; Stoffel et al., 2013). CSQ také hodnotí dimenzi aktivní-pasivní coping (Snow-Turek, Norris, & Tan, 1996).

Aktivní coping sytí např. tyto položky:

- Snažím se myslet na něco příjemného.
- Vnímám bolest jako výzvu, která mě přece nemůže omezovat.
- Říkám si, že mě nic nebolí.
- Řeknu si, že přece nedovolím, aby mě bolest rušila v tom, co dělám.

Pasivní coping je hodnocen např. z těchto položek:

- Je to hrozné a přijde mi, že se to nikdy nezlepší.
- Věřím doktorům, že jednoho dne objeví lék na mou bolest.
- Pořád se obávám toho, že to nikdy neskončí.
- Modlím se, aby ta bolest přestala.

V klinické praxi se užívá také zkrácená verze CSQ-24. Ta obsahuje 24 položek a 4 strategie (katastrofizace, odvádění pozornosti, reinterpretace, kognitivní coping) (Harland & Geogrieff, 2003; Harland & Martin, 2014).

Freiburg Questionnaire of Coping with Illness

FQCI obsahuje 35 položek a rozlišuje 5 copingových strategií. Uvádím také příklady položek, které sytí danou kategorii (Muthny, 1996; Rollnik et al., 2001):

- 1) **depresivní coping** (*depressive symptoms*)
př. Stráním se ostatních lidí.
Jsem sebelítostivý.
- 2) **aktivní coping** (*active coping*)
př. Hledám informace o nemoci a léčbě.
Rozhodl/a jsem se s nemocí bojovat.
Udělám si plán a následuji ho.
- 3) **odvádění pozornosti** (*distracting*)
př. Snažím se něčím rozptýlit.
- 4) **víra a hledání významu nemoci** (*religion and searching for the meaning of illness*)
př. Přijímám nemoc jako osud.
Hledám útěchu v náboženství.
Říkám si, že ostatní lidé jsou na tom i hůř.
- 5) **předstírání, popírání** (*dissimulating/ denying*)
př. Popírám, co se stalo a co to pro mě znamená.

Chronic Pain Coping Inventory

CPCI měří 11 behaviorálních a kognitivních copingových strategií pomocí 65 položek. Oproti jiným dotazníkům se liší tím, že na každou položku pacient odpovídá počtem dní v týdnu, kdy takovou strategii užívá (0-7). Strategie v dotazníku jsou rozděleny na tzv. *wellness-focused* (zaměřené na duševní a fyzickou pohodu), mezi něž patří relaxace, setrvávání v běžných činnostech, cvičení a pozitivní přerámování a *illness focused* (orientované na nemoc), což jsou např. obezřetnost, odpočívání, žádost o pomoc, užívání opioidů, užívání nesteroidních léků a užívání léků na spaní. Zvlášť je hodnocena strategie vyhledávání sociální opory (Jensen et al., 1995; Tan et al., 2005).

Assessment of Emotional Approach Coping

Dotazník , ve kterém je, na rozdíl od předchozích, pozornost zaměřena na emocionální coping a rozlišuje jej na dva druhy- *emotion processing* (zpracování emocí) a *emotion expression* (vyjadřování emocí). V původním návrhu byla ještě identifikace emocí, ale nakonec ji autoři sloučili s kategorií zpracování emocí. Metoda obsahuje také další strategie, inspirované dotazníkem COPE (seeking social support, problem focused coping, avoidance, humor, turning to religion, alcohol-drug disengagement) (Stanton et al., 2000).

3. Rozdíly ve zvládání bolesti mezi jednotlivci

Coping a další psychologické aspekty zvládání bolesti jsou do značné míry odlišné u jednotlivých lidí. Proto se v následující kapitole zabývám tím, které charakteristiky člověka nebo bolesti ovlivňují zvládání bolesti a jakým způsobem.

Existují interindividuální i intraindividuální rozdíly ve vnímání a zvládání bolesti, které záleží na kontextu a významu bolesti a charakteristikách jednotlivce (Bushnell, Čeko, & Low, 2013).

3.1 Rozdíly mezi muži a ženami

Mezi charakteristikami, které určují rozdílnost zvládání bolesti, patří v literatuře mezi nejpopisovanější gender. Studie zabývající se genderovými rozdíly ve vnímání a zvládání bolesti se shodují na několika tendencích, které mají ženy nebo muži v situacích, kdy se setkávají s bolestí. Rozdíly nacházíme jak v rámci akutních, tak chronických bolestí.

Rozdíly ve vnímání a zvládání akutní (experimentálně navozené) bolesti popisuje metaanalýza studií zabývajících se obecně bolestí a pohlavím (Fillingim et al., 2009). Ženy popisují akutní bolest jako intenzivnější a jejich práh bolesti je nižší. To platí pro různé druhy bolesti - způsobenou teplotou (horká x ledová voda), elektrickými šoky, bolest tlakovou.

S tím, že ženy jsou vůči bolesti citlivější, souvisí skutečnost, že odpověď na bolest je silně spojena s genderovou rolí. Od mužů se očekává, že vydrží větší bolest a nebudou ji projevovat, zatímco u žen se bolest považuje více za normální součást života a projev bolesti se toleruje (Myers, Riley, & Robinson, 2003). Filling et al. (2002) experimentálně zjistili, že nejdéle tolerují bolestivý podnět muži, kteří si myslí, že ženy tolerují stejnou bolest více. Podobný efekt na toleranci bolesti u mužů má přítomnost experimentátorky-ženy oproti menší toleranci v případě, že je přítomný experimentátor-muž. Tolerance bolesti žen se neliší v závislosti na pohlaví experimentátora (Gijsbers & Nicholson, 2005).

Několik studií dokládá užívání odlišných copingových strategií muži a ženami. Ženy reagují obecně více negativními emocemi a katastrofizováním, na druhou stranu ovšem katastrofizování má horší efekt co se vývoje bolesti týká na muže, než na ženy. Ženy užívají celkově více různých strategií. Oproti mužům užívají více sociální oporu a také na problém orientovaný coping. Nejčastější strategií mužů je odvádění pozornosti od bolesti (Edwards et al., 2004; Keefe et al., 2004; Keogh & Eccleston, 2006).

Hobfoll & Dunahoo (1994) se genderovými rozdíly zabývali z obecnějších přístupů ke copingu - porovnávali muže a ženy na škále aktivní-pasivní coping a prosociální vs.

antisociální coping. Zjistili, že ženy coping zaměřovaly více prosociálně, zatímco muži se spíše uzavírali do sebe. Muži i ženy pak byli přibližně stejně aktivní v řešení a vyrovnávání se s různými stresory.

Ženy jsou celkově více vystaveny zkušenosti s bolestí (častější bolesti hlavy, menstruační bolesti nebo porodní bolesti), což však nevede k tomu, že by bolest snášely lépe než muži. Podle studie Grossiho, Soarese & Lundberga (2000) je zvládání bolesti u žen podmíněno hlavně stresem, který bolest doprovází a zkušenostmi s předchozí léčbou bolesti – a oba tyto aspekty predikují obtížnější vyrovnávání se se současnou bolestí. Stres především proto, že rozvíjí přecitlivělost na různé druhy podnětů a zvyšuje dráždivost, což se negativně promítá do vztahů s druhými lidmi a pro ženy je důležité mít při řešení bolesti oporu ve svých blízkých.

Jako u většiny témat, která se týkají zvládání bolesti, i v rámci genderových rozdílů byly publikovány studie, které předchozím tvrzením odporují. Carstensen et al. (2012) pomocí dotazníku CSQ zjišťovali, zda jsou genderové rozdíly v copingu u tzv. whiplash injury, zranění, které vzniká náhlým prudkým pohybem hlavy. Vyskytuje se nejčastěji u dopravních nehod a následují jej obtíže v podobě bolesti hlavy, zad, krku, pískání v uších, zhoršení zraku či sluchu, závratě apod. Autoři studie u osob s tímto zraněním (rok po nehodě) nezjistili žádné rozdíly v copingu žen a mužů.

3.2 Rasové a etnické rozdíly

Podobně jako pohlaví mají vliv na zvládání bolesti kulturní kořeny člověka a také lidská rasa. Jsou popsány rozdíly ve vnímání bolesti u lidských ras a podle biopsychosociálního modelu bolesti jsou důležitou součástí zkušenosti s bolestí psychické a sociální proměnné, které jsou součástí identifikace jedince s jedním či více etniky (Cano, Mayo, & Ventimiglia, 2006).

V rámci především akutní bolesti nacházíme významné rozdíly ve vnímání intenzity bolesti mezi lidskými rasami. Afroameričané hodnotí bolest jako intenzivnější a také jejich fyziologická odpověď na bolest je silnější (např. zvýšená tepová frekvence) než u příslušníků bílé rasy (Cianfrini, 2005).

Americká studie (Edwards et al., 2005) se zabývala zvládáním bolesti u Afroameričanů, Hispánců a příslušníků europoidní rasy. Na škálách dotazníků CSQ se tyto skupiny nelišily až na jednu – náboženství (motlitba a doufání). Výrazně více tuto copingovou strategii užívali Afroameričané a Hispánci. Afroameričané a Hispánci užívali také více katastrofizace, i když tento výsledek nebyl statisticky významný.

Tato tvrzení se shodují s výsledky faktorové analýzy CSQ (Hastie, Riley, & Fillingim, 2004). Afroameričané jako strategie nejvíce užívali náboženství a katastrofizování, příslušníci europoidní rasy ignorování bolestivých pocitů, odvádění pozornosti a afirmace.

3.3 Souvislost věku se zvládáním bolesti

Věk je další proměnnou, která ovlivňuje vnímání a zvládání bolesti – zejména volbu copingových strategií a subjektivně vnímanou kontrolu nad bolestí (LaChapelle & Hadjistavropoulos, 2005).

Význam věku hraje roli také v tom, že většina výzkumů týkajících se zvládání bolesti se soustředí na mladé dospělé, a také mnoho metod je vyvíjeno na této věkové kategorii, což podle předchozích tvrzení může zkreslovat informace, které máme o zvládání bolesti. Některé studie se proto soustředí na porovnávání zvládání bolesti u různých věkových skupin. LaChapelle & Hadjistavropoulos (2005) porovnávali mladší a starší dospělé s chronickými bolestmi. Se zvyšujícím se věkem se zvyšovala míra kontroly nad bolestí, kterou lidé subjektivně pociťovali a také se snižovala intenzita a závažnost bolesti- resp. rozsah omezení, které způsobovala. Také emocionální reakce na bolest byla se zvyšujícím se věkem méně intenzivní. Čím byli lidé starší, tím méně copingových strategií užívali. Obecně platí, že v copingu hraje roli zkušenost. Lidé od dětství zkouší různé copingové strategie a ty méně adaptivní opouštějí. Ty, které jim přinášejí žádoucí efekt, si ponechávají. Do tohoto modelu ovšem zasahují další faktory a nemůžeme jej brát jako model zcela vysvětlující vývoj copingových strategií, protože i ve zralém a starším věku lidé používají neadaptivní strategie.

Výzkumy orientované na akutní bolest ukazují, že vnímání a zvládání bolesti je napříč věkem podobné, o něco lépe bývá bolest snášena staršími lidmi. Mladší lidé zažívají více distresu a je jim podáváno více analgetik než starším (Stotts et al., 2007).

Podle výzkumu Wandnerové et al. (2012) však společnost spíše očekává, že starší lidé zvládají bolest hůř a jsou vůči ní citlivější než mladší lidé.

Specifickou kategorií jsou děti, které se v rámci copingu bolesti zaměřují hlavně na hledání informací, sociální opory, aktivní řešení problému a pozitivní afirmace. Při akutní bolesti také užívaly odvádění pozornosti (více chlapci než dívky). Adolescenti pak oproti dětem užívaly více kognitivních strategií jako např. pozitivní přehodnocení významu bolesti (Graves & Jacobs, 2014; Lynch et al., 2007).

3.4 Osobnostní charakteristiky

Jednou z podstatných charakteristik, která určuje individuální rozdíly ve vnímání a zvládání bolesti je osobnost jednotlivce. Každý člověk má jinou povahu, jiné rysy osobnosti, jiné postoje vůči bolesti a to ovlivňuje jeho vlastní zkušenost s bolestí a způsob jejího zvládání. Porovnávání osobnostních charakteristik s copingovými strategiemi se v rámci kvantitativních studií děje nejčastěji pomocí modelu Big Five a některého z dotazníků copingových strategií (často CSQ).

Kanadský výzkum (Newth & Delongis, 2004) dokládá spojitost osobnostních rysů s užíváním určitých copingových strategií. Některé souvisí spíše s reakcí na bolest- např. neuroticismus je spojen s prožíváním většího distresu při bolesti a intenzivnějšími emocemi a také tendencí ke katastrofizování. Extraverze naopak koreluje přímo s aktivním copingem . Jedním z vysvětlení, proč extravertní lidé užívají aktivní coping je to, že nechtějí přijít o kontakt s okolím, který je pro ně důležitý, a jehož omezení často chronická bolest přináší. Mají také díky své sociálně dominantnější povaze potíže se strategiemi, které vyžadují odpočívání, čekání nebo přijetí faktu, že některé věci nemůžou ovlivnit. Přívětivost jako osobnostní rys nebyla statisticky významně spojena s konkrétními strategiemi, ale lidé s vyšším skórem u přívětivosti měli tendence k sociálně orientovanému copingu. Lidé s větší svědomitostí užívali více strategie distancování se od bolesti, pravděpodobně z toho důvodu, že díky své spolehlivosti a pracovitosti se snaží orientovat na řešení bolesti a minimalizovat dopad bolesti na svůj život. K podobným závěrům docházejí i jiné studie, zejména se potvrzuje spojení svědomitost- distancování/odvádění pozornosti, neuroticismus- katastrofizování a extraverze -aktivní coping (Homayouni, 2009).

3.5 Kontext a význam bolesti

Kromě charakteristik jedince jsou pro zvládání bolesti důležité také charakteristiky bolesti- druh a intenzita bolesti, kontext, v jakém se v životě člověka vyskytl a také význam, který je bolesti připisován. Kontext akutní bolesti znamená situaci, za jaké se bolest odehrává, tedy zda jde o zranění nebo např. procedurální bolest při vyšetření, zda bolest člověk očekává nebo ne apod. Kontext chronické bolesti už bývá poněkud širší a zasahuje všechny oblasti pacientova života a záleží tedy např. na tom, jakou má člověk oporu ve svých blízkých (sociální kontext), zda se objeví v době, kdy je člověk šťastný a spokojený nebo v době, kdy prochází osobní krizí (kontext životních událostí) (Raudenská, 2012).

Význam bolesti je také odlišný u akutní a chronické bolesti. Zajímavým příkladem významu akutní bolesti, i když ve velmi specifickém kontextu, jsou výpovědi profesionální

wrestlerů (Smith, 2008). Význam bolesti pro ně není varováním nebo signálem ohrožení jako pro většinu lidí v jiných situacích akutní bolesti. Musí sami sebe přesvědčit, že bolest je něco, čemu jdou sami naproti a co je paradoxně odměňováno publikem při zápasech. Bolest je pro ně dále spojena s autenticitou, dominancí a respektem ostatních. Takové pojetí bolesti je podobné sadomasochismu.

Význam chronické bolesti bývá často dán druhem onemocnění, a zda je bolest spojena se špatnou prognózou onemocnění (často nádorové bolesti) nebo není. Špatná prognóza znamená také obtížnější vyrovnávání se s bolestí. Hůře se také vyrovnává s bolestí člověk, který neví, jaký význam má bolesti přisuzovat, jaké místo má v jeho životě (Graham et al., 2008).

Coping chronické bolesti také záleží na intenzitě bolesti. Vyšší intenzita ovlivňuje úroveň katastrofizování. Norská studie dokládá tuto souvislost u pacientů s nádorovou bolestí. Pacienti v této studii byli rozděleni na ty, kteří prožívají mírné bolesti (1-4 na VAS) a ty, kteří prožívají střední a silné (4-10). Ti se silnějšími bolestmi měli více katastrofizujících scénářů a myšlenek oproti těm se slabšími bolestmi. Na jiné škále kromě katastrofizování se tyto skupiny nelišily, ale pacienti se silnějšími bolestmi měli tendence užívat více pasivních copingových strategií (Utne et al., 2009).

4. Návrh výzkumného projektu

V návrhu výzkumného projektu se zaměřuji na coping bolesti a to, zda nějak ovlivňuje vývoj bolesti a jestli se liší copingové strategie u akutní a chronické bolesti. Copingové strategie každý člověk užívá různé, jak bylo nastíněno v předchozí kapitole. Z širokého spektra bolestí, se kterými se člověk během svého života může setkat, jsem si pro účel výzkumného šetření vybrala tenzní bolest hlavy. To především z důvodu toho, že jde o bolest v populaci velmi často se vyskytující, která většinou nepředstavuje velkou zdravotní indispozici, ale pokud se dostane do chronické podoby, může závažně narušit kvalitu života. Zároveň u bolestí hlavy hrají roli jak u prvotního vzniku, tak při chronifikaci stavu psychologické faktory.

4.1 Teoretický úvod

Tenzní bolest hlavy ojediněle zakusilo 70-80% lidí. Asi u 3-4% se vyskytuje její chronická podoba (Gelabert, 2008). Jde o nejčastější typ bolesti hlavy, její přesné vymezení je však obtížné. Lze ji charakterizovat jako tupou bolest, která je spojená s únavou, citlivostí na světlo, zvuk, nevolností, a které často předchází psychické zatížení. Začíná obvykle sporadicky, někdy přechází do chronického stadia, kdy je téměř denní a původně vyvolávající příčiny již nemusí být zcela zřejmé anebo je ani nevypátráme. Pro rozlišení akutní a chronické podoby bolesti se používá časové kritérium- kolik dní v měsíci bolest trvá. Akutní bolest hlavy trvá půl hodiny-7 dní, často se objevuje v noci nebo odpoledne a její nástup je obvykle pozvolný. Jako chronické jsou označovány bolesti, které se vyskytují ve více než polovině dní (tj. 15 a více dní) v měsíci, tedy více než 180 dní v roce a tento stav trvá déle než 3-6 měsíců. Bolesti jsou mírné až střední a neovlivňuje je běžná fyzická aktivita (Ahmed, Parthasarathy, & Khail, 2012; Keller et al., 2012).

Podle epidemiologických studií se v populaci asi u 40% lidí za poslední rok vyskytla epizodická tenzní bolest hlavy. Nejvíce bolest hlavy zakoušejí dospělí lidé ve věku 30-39 let, a to jak muži, tak ženy. Ženy však ve všech věkových kategoriích postihuje bolest hlavy častěji než muže (Crystal & Robbins, 2010; Göbel, 1994; Schwartz et al., 1998).

Psychologické faktory obecně hrají roli v chronifikaci bolestí hlavy. Zatímco epizodická bolest hlavy bývá spojována se stresem, úzkostí, konflikty apod., chronická spíše s dlouhodobými úzkostnými nebo depresivními stavy. Také copingové strategie pacientů s epizodickými a chronickými bolestmi hlavy se liší a mohou ovlivňovat stav a trvání bolestí (Rollnik et al., 2001).

Podle průřezové studie (Siniatchkin, Riabus, & Hasenbring, 1999) pacienti s bolestmi hlavy, které se transformovaly do chronické podoby, užívají mnohem více negativní emocionální i kognitivní copingové strategie. Chovají se více pasivně, objevuje se u nich ve větší míře vyhybavé chování a hledání sociální opory. Aktivní coping užívají lidé s dlouhodobými bolestmi hlavy výjimečně.

Výzkum copingu u bolestí hlavy poukazuje na to, že bolest sama je významným stresorem, na který lidé reagují adaptivním nebo dysfunkčním copingem. Čím větší je stresor (čím déle trvají bolesti hlavy), tím více jsou také přítomné dysfunkční strategie (zejména popírání, potlačování emocí, katastrofizace, soustředění pozornosti na bolest). Záleží ovšem také na tom, jak se člověk staví k bolestem hlavy od počátku jejich trvání. Adaptivní coping je obecně spíše spojen s lepšími výsledky léčby (Lake, 2009).

Prospektivní studie u pacientů s bolestmi zad (low-back pain) se zabývala tím, jaké pacienti s akutní bolestí užívají copingové strategie a zda to má souvislost s rozvojem chronické bolesti. Metodou měřící copingové strategie byl Coping Strategies Questionnaire. Ze všech pacientů, kteří měli akutní bolesti, se do chronického stadia dostalo 33%. Copingová strategie víry a přesvědčení, že vznik a vývoj bolesti je dílem osudu a zároveň snaha se od myšlenek na bolesti odpoutat, nebyla podle tohoto výzkumu příliš adaptivní strategií. S chronifikací souvisela také bezmocnost a katastrofizace. U strategie reinterpretace (snaha dát bolesti jiný, většinou pozitivní, význam) se neprokázala její (ne)adaptivnost. Tato strategie je silně kognitivní, zároveň se člověk snaží chovat tak, jako by se bolest v jeho životě vůbec nevyskytovala. Jediným úspěšným přístupem se ukázalo být soustředění se na bolestivé pocity a snaha je aktivně ovlivňovat. Tito pacienti měli za to, že bolest dokážou kontrolovat. Zároveň měli dostupnou sociální oporu ve svých blízkých. Tato kombinace většinou vedla ke zlepšení stavu (Koleck et al., 2006).

Mnoho výzkumů ukazuje, že se liší copingové strategie pacientů ve fázi akutní a chronické bolesti. Kromě tohoto faktu naznačují některé prospektivní výzkumy, že způsob copingu, který člověk užívá v počátcích bolesti, ovlivňuje další vývoj bolesti, není však zcela jasné, které strategie předpovídají zlepšení stavu a které prodlužování bolestí (výzkumy se shodují spíše na obecných přístupech, např. že aktivní coping směřuje ke zlepšení stavu). Návrh výzkumu bude zaměřen právě na tento problém- zda a jak ovlivňuje coping bolesti další vývoj bolesti, případně její vymizení.

Coping bolesti by tedy mohl být jedním z faktorů, které ovlivňují chronifikaci bolestí. Ve výzkumu bude zaměřena pozornost na primární bolesti hlavy, tedy ty, které nejsou symptomem jiného onemocnění.

4.2 Cíle, design a hypotézy

Cíle výzkumného projektu

Cílem návrhu výzkumu je zjistit, zda užívání nějakého způsobu copingu, případně konkrétních copingových strategií souvisí s chronifikací bolestí hlavy, a zda se proměňuje způsob copingu od akutní k chronické fázi bolesti.

Design

Navrhovaný výzkum bude mít charakter prospektivní studie. V prospektivních studiích se většinou vystaví skupina působení proměnné a např. se sleduje, zda to povede k výskytu onemocnění. V tomto výzkumu pouze zaznamenán výskyt copingových strategií a bude se zjišťovat, které povedou k chronickým bolestem a které ke zlepšení stavu. Na počátku budou sebrána data pomocí dvou copingových dotazníků od vybraného vzorku lidí s akutními (epizodickými), ne však chronickými bolestmi hlavy. Z výsledků dotazníků bude zaznamenáno, jaké copingové strategie ohledně bolestí hlavy účastníci studie používají. Po 1 roce od prvního měření bude zjištěno, u koho se rozvinuly bolesti hlavy do chronické podoby. Respondenti tedy budou rozděleni na dvě skupiny – „zdravou“, která netrpí chronickými bolestmi a skupinu, která chronickými bolestmi trpí. Porovnájí se výsledky těchto dvou skupin z prvního měření (jejich copingové strategie ve fázi akutní bolesti) s cílem zjistit, zda se liší coping lidí, u kterých se bolest nedostane do chronického stadia a těch, u kterých se rozvinou chronické bolesti. Zároveň s tím budou skupině s chronickými bolestmi administrovány znovu oba dotazníky a porovnájí se jejich výsledky před rokem a nyní – s cílem zjistit, zda došlo ke změně copingu během rozvoje bolesti.

Hypotézy

H01: Užívání konkrétních copingových strategií nebude souviset s chronifikací bolestí.

HA1: Užívání konkrétních copingových strategií bude souviset s chronifikací bolestí.

H02: Užívání jednoho ze způsobů copingu (aktivní, emocionální, vyhubavý) nebude souviset s chronifikací bolesti.

HA2: Užívání jednoho ze způsobů copingu (aktivní, emocionální, vyhubavý) bude souviset s chronifikací bolesti.

H03: Osoby, které se dostanou do chronického stavu bolesti, budou užívat stále stejné způsoby copingu a copingové strategie jako v akutní fázi bolesti.

HA3: Osoby, které se dostanou do chronického stavu bolestí, budou užívat jiné způsoby copingu a copingové strategie než v akutní fázi bolesti.

4.3 Metody

Metodou výzkumu budou dva dotazníky měřící copingové strategie. Jde o dvě v praxi často používané, reliabilní a validní metody – COPE a CSQ-24.

Pro měření copingu u bolestí se častěji užívá CSQ, v klinické praxi především jeho zkrácená verze CSQ-24. Jde o metodu, která byla validizována na populaci lidí trpících bolestmi, proto ji vybírám jako vhodnou pro účel tohoto výzkumu.

Zároveň s touto metodou bude zadán dotazník COPE. Jeho výhodou oproti CSQ-24 je to, že rozlišuje aktivní (kognitivní), emocionální a vyhýbavý coping. COPE byl ovšem vyvíjen i validizován na zdravých populacích, u kterých předmětem copingu nebyla primárně bolest, ale nějaký jiný stresor. V aktuálním výzkumu budou dotazníky zadávány lidem, kteří kromě občasných bolestí hlavy mohou být považováni za zdravou populaci (ne chronicky nemocnou), proto vidím i COPE jako vhodnou metodu.

Dotazníkové metody by bylo dobré nechat odborně přeložit podle standardizovaných postupů do českého jazyka, v příloze uvádím anglickou verzi a kurzívou své překlady jednotlivých položek.

4.4 Proměnné

Tento návrh prospektivní studie není experimentem v pravém slova smyslu. Nemanipuluje se v něm záměrně s proměnnými, proto nemůžeme jednotlivé proměnné označit za nezávislé a závislé proměnnou. Sledované proměnné, u kterých hledáme souvislost, jsou coping (copingové strategie) a chronifikace bolesti.

Copingové strategie jsou určeny dotazníky CSQ-24 a COPE. Dotazník CSQ-24 udává 4 strategie: **katastrofizace** (*catastrophizing*), **odvádění pozornosti** (*diversion*), **reinterpretace** (*reinterpreting*), **kognitivní coping** (*cognitive coping*).

Dotazník COPE obsahuje v revidované verzi 12 strategií a rozlišuje mezi aktivním copingem, emocionálním a vyhýbavým copingem:

a) active coping

- **aktivní coping** (*active coping*)
- **plánování** (*planning*)

- **potlačení rozptylujících podnětů** (*suppression of competing activities*) - tato strategie se dá charakterizovat jako protiklad útěku/vyhýbání, člověk se snaží soustředit na to, aby problém vyřešil
- **zdrženlivost** (*restraint*) – vyčkávání na vhodnou příležitost, kdy začít jednat (částečně aktivní i pasivní strategie)
- **pozitivní reinterpretace** (*positive reinterpretation*)
- **přijetí** (*acceptation*)

b) emotional coping

- **hledání sociální opory**- (*seeking social support for instrumental reasons*) opora ve smyslu získávání informací, rad, asistence
- **hledání sociální opory** (*seeking social support for emotional reasons*) opora v okolí ve smyslu porozumění, morální podpory, sympatií
- **ventilování emocí** (*focus on and venting emotions*) – neadaptivní zejména z dlouhodobého hlediska

c) avoidance coping

- **popření** (*denial*)
- **odstoupení od činů** (*behavioral disengagement*) – člověk vzdá snahy o řešení, vnímá se jako bezmocný vůči stresoru
- **odstoupení od myšlenek** (*mental disengagement*) – strategie podobná útěku/vyhýbání, člověk se snaží rozptýlit jinými myšlenkami, aby nemusel o situaci přemýšlet a řešit ji

Chronifikací bolesti se rozumí změna stavu z akutního, trvajícího v řádu dnů a nepřekračujícího 15 dní v měsíci, na chronický, tedy takový, kdy jsou bolesti přítomné většinu dnů po dobu delší než 3-6 měsíců.

Do výzkumného plánu budou zasahovat také intervenující (nežádoucí) proměnné- zejména jiné vlivy na chronifikaci bolesti na straně respondentů např. celkový životní styl, jiné onemocnění, které přispěje k chronickým bolestem, nadváha, pohlaví, užívání léků, věk. Hlavním cílem výzkumu je porovnat jen psychologické faktory (zvládání bolesti) a chronifikaci stavu. Zmíněné intervenující proměnné jsou však dle mnoha výzkumů rizikovými faktory pro chronifikaci bolestí, proto budou zaznamenány v rámci demografických údajů a skupiny pak bude možné porovnat i z hlediska těchto proměnných.

V tomto výzkumu můžeme očekávat také mortalitu, úbytek účastníků mezi prvním a druhým měřením.

4.5 Vzorek, výběr respondentů

Osoby do výzkumu budou vybrány od praktických lékařů v několika městech ČR. Výzkum bude zaměřen na dospělé ve středním věku (30-45 let), kdy se tenzní bolesti hlavy vyskytují nejčastěji. Lidé, kteří mají v anamnéze občasné tenzní bolesti hlavy, by byli požádáni o účast ve výzkumu. Jde o kritériální výběr respondentů.

Náhodnost výběru bude v tomto případě omezena několika faktory:

- ochota lékařů a pacientů se výzkumu zúčastnit
- sdělení údajů o zdravotním stavu pacientů
- někdo si lékaři nestěžuje na bolesti hlavy
- někdo nechodí k lékaři

V tomto výzkumu by bylo vhodné mít velký počet respondentů v prvním měření. Podle statistik se chronické bolesti vyvinou jen u několika málo procent lidí. Skupina respondentů výzkumu, která bude o rok později trpět chronickými bolestmi, bude pravděpodobně méně početná než druhá skupina. Aby byla skupina chronických pacientů v řádu desítek, bylo by adekvátní mít na počátku min. 700-1000 respondentů.

4.6 Realizace výzkumu

Lékaři budou požádáni, aby zjistili, kdo z jejich pacientů má v anamnéze občasné tenzní bolesti hlavy (ne jako symptom jiného onemocnění). Těmto osobám bude po e-mailu rozeslána informace o probíhajícím výzkumu a odkaz na vyplnění dvou dotazníků. Zde je sice riziko, že lidé na e-mail nebudou reagovat, zároveň jde o snazší metodu vyplnění než tužka-papír. Výjimku by tvořili lidé, kteří by neměli e-mailovou adresu. Těm by dotazníky mohly být zaslány poštou. Osoby budou zároveň informovány o tom, že za rok budou kontaktovány znovu s dotazem na jejich zdravotní stav (stav bolestí hlavy).

Na začátku výzkumu by mohl nastat problém s lékařským tajemstvím. Možností by byla nabídka účasti ve výzkumu v čekárnách lékařů, což by ovšem pravděpodobně vedlo k výběru pacientů, kteří k lékaři chodí často a nabídky si v daném období všimli. Alternativním způsobem sehnání osob do výzkumu by byl sebevýběr skrze inzerát s nabídkou účasti ve výzkumu pro osoby s občasnými akutními bolestmi hlavy, který by byl distribuován i na jiná místa než do čekáren, a také např. online na sociální sítě.

Po roce od prvního měření bude účastníkům výzkumu opět odeslán e-mail nebo poštou dotazník, který se bude ptát na jejich současný stav (tj. jestli je trápí chronické bolesti nebo

ne, případně v jakém rozsahu- kolik hodin denně či dnů v měsíci) a v případě, že ano, budou požádáni o vyplnění CSQ-24 a COPE.

4.7 Analýza dat

Proměnná chronifikace stavu je kvalitativní proměnnou (alternativní)- buď k ní došlo, nebo ne. Užívání copingových strategií je proměnnou kvantitativní- do jaké míry daný respondent konkrétní strategii/způsob copingu užívá.

V analýze dat u první hypotézy se budou porovnávat užívané copingové strategie z dotazníku CSQ pacientů s chronickými bolestmi se strategiemi těch, u nichž chronické bolesti nevznikly. Na stejném principu bude probíhat analýza způsobů copingu (2. hypotéza) - budou se porovnávat 3 způsoby copingu.

Výsledky budou analyzovány pomocí dvouvýběrového t-testu ve statistickém programu SPSS. Porovnájí se vždy průměrné skóre jednotlivé strategie u skupiny s chronickými bolestmi a u „zdravé“ skupiny. Přesnější výsledky by mohlo přinést také srovnání jednotlivých strategií z obou dotazníků, kterých je celkem 17, v tom případě by bylo vhodné provést binární logistickou regresi, případně předtím (protože spolu některé strategie souvisí) pomocí faktorové analýzy sloučit strategie do několika skupin.

Pro ověření třetí hypotézy budou hodnoty z obou dotazníků od respondentů s chronickými bolestmi (z prvního a druhého měření) analyzovány párovým t-testem (pro 4 strategie v CSQ a pro 3 způsoby copingu v COPE).

Protože při porovnávání strategií a způsobů copingu bude potřeba udělat mnoho t-testů (pro první hypotézu 4, pro druhou 3 a pro třetí 7), testování bude vhodné provést na hladině významnosti 99%, aby nebyly přeceněny rozdíly v užívání strategií.

4.8 Diskuze

Návrh výzkumného projektu je zaměřen na užívání copingových strategií a jejich souvislost s chronifikací bolestí hlavy, a také proměnu copingových strategií s trváním bolesti. Coping je důležitým psychologickým faktorem, který hraje roli v mnoha životních situacích a ovlivňuje jejich vývoj. Bolest je jednou z takových situací- vyvolává stres a ten vyžaduje coping.

U bolestí hlavy je pozornost věnována zejména různým rizikovým faktorům, které nejsou psychologického charakteru a všechny psychologické faktory bývají shrnuty pod pojmy životní události, stres nebo obecně psychogenní složka (Marková, 2012). U výzkumů některých jiných bolestí (např. low-back pain, některé pooperační stavy, nádorové bolesti) se

více zaměřuje pozornost i na psychologické faktory jako např. locus of control, self-efficacy, úzkost, deprese a coping. U některých výzkumů (Koleck et al., 2006; Rollnik, Karst, Fink, Dengler, 2001) se prokazuje, že copingové strategie jsou odlišné u pacientů s akutními a chronickými bolestmi, případně některé copingové strategie jsou přímo asociovány s chronifikací bolesti.

Cílem tohoto návrhu výzkumu je obrátit pozornost na coping jako faktor ovlivňující vývoj bolesti. Mnoho studií, které na toto téma bylo uskutečněno, je průřezových, tedy např. porovnávají data několika různých skupin osob, které se nacházejí v různém stadiu nemoci. Longitudinální studie jsou méně časté, ale jejich nespornou výhodou je, že porovnávají vývoj stavu u jedné skupiny osob a data jsou méně zkreslena charakteristikami kohort. Proto je návrh současného projektu longitudinální, respektive prospektivní, kdy se na začátku sesbírají data od skupiny osob a po roce se na té samé skupině provede měření druhé.

Jedním z limitů tohoto návrhu je velký počet respondentů na počátku výzkumu. Ten může být v praxi obtížné sehnat. I velké výzkumy (např. většina těch, které zmiňuji v literárně-přehledové části práce) zpravidla pracují přibližně se 100-500 respondenty. Zároveň musíme počítat s tím, že někteří respondenti se po roce znovu do výzkumu nezapojí a data od nich nebude možné použít. Cílovou skupinou v tomto návrhu výzkumu jsou dospělí ve věku střední dospělosti, kdy se bolesti hlavy vyskytují nejvíce, ale výzkum by šlo rozšířit i na jiné věkové skupiny.

Zvládání bolesti v pojetí tohoto výzkumného návrhu je určeno dotazníky a copingovými strategiemi, které rozlišují. Zajímavým doplněním by bylo jistě kvalitativní zpracování tohoto tématu u lidí v různých fázích jejich bolestí a sledování proměny copingu pomocí rozhovoru.

Závěr

V této práci jsem se snažila popsat různé způsoby, jakými lidé reagují na fyzickou bolest, a jak se jejich reakce proměňuje v různých fázích bolesti (akutní až chronické). Na závěr bych chtěla shrnout některá fakta, která z výzkumů zvládání bolesti, které uvádím v teoretické části práce, vyplývají:

- Emocionální reakce jako hněv, úzkost a obecně negativní emoce zhoršují vývoj bolesti a také zvyšují intenzitu bolesti. Výjimkou je strach, který tlumí akutní bolest.

- Schopnost identifikovat vlastní emoce, jejich projevování a sklon k slabším afektům předpovídá lepší vývoj bolesti. Opačný efekt má potlačování emocí.

- Větší subjektivně vnímaná kontrola nad bolestí vede k pozitivnější reakci na bolest a jejímu vývoji k lepšímu.

- Přijetí bolesti souvisí se snížením bolesti, jak akutní, tak chronické.

- Odvádění pozornosti je efektivní u akutní bolesti, později ztrácí na významu, neboť od dlouhotrvající bolesti je těžké dlouhodobě odvádět pozornost- poté je adaptivnější strategií přijetí bolesti.

- Při zvládání akutní bolesti lidé více užívají aktivní copingové strategie (plánování, řešení problému, hledání významu, relaxace), při chronické spíše pasivní strategie (odpočívání, znehybnění části těla/zdroje bolesti, užívání analgetik,...).

- S chronickou bolestí souvisí, spíše než s akutní, tzv. vyhýbavé chování (vyhýbání se aktivitám, pohybům, které způsobují bolest).

- Existuje na problém orientovaný coping, na emoce orientovaný coping nebo také vyhýbavý coping.

- Pro zvládání bolesti je důležitý kontext a význam bolesti (špatná prognóza a intenzita bolesti komplikují zvládání bolesti).

- Jsou interindividuální rozdíly ve zvládání bolesti- záleží na pohlaví, rase, etnicitě, věku a osobnostních charakteristikách.

V mnoha situacích, kdy se setkáme s bolestí, je důležitá otázka, jak se k ní postavíme- do jaké míry se s ní rozhodneme bojovat, zdali se s ní smíříme, nebo se snažíme na ni nemyslet. Literatura dokládá důležitost psychologických faktorů a způsobu copingu bolesti na zlepšování nebo zhoršování těchto stavů a to, do jaké míry bolest omezí kvalitu života.

Seznam použité literatury:

- Ahmed, F., Parthasarathy, R., & Khail, M. (2012). Chronic daily headaches. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 15(5), 40-50.
- Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, C. L., Norris, A., & Beasley, R. (1999). Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80 (3), 483-491.
- Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M., & Calvo, J. I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 7 (2), 181-187.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Banerjee, U., Bhattacharya, N., & Sanval, N. (2014). Stress, Coping and Emotional Processing in Chronic Pain: A Comparative Analysis. *SIS Journal Of Projective Psychology & Mental Health*, 21(2), 104-112.
- Burns, J. W. (2006). Arousal of negative emotions and symptom-specific reactivity in chronic low back pain patients. *Emotion*, 6(2), 303-319.
- Bushnell, M. C., Čeko, M., & Low, L. A. (2013) Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 14 (7), 502-511.
- Büssing, A., Ostermann, T., Neugebauer, E. M., & Heusser, P. (2010). Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BMC Public Health*, 10(1), 507-516.
- Cano, A., Mayo, A., & Ventimiglia, M. (2006). Coping, Pain Severity, Interference, and Disability: The Potential Mediating and Moderating Roles of Race and Education. *The Journal Of Pain*, 7(7), 459-468.
- Carstensen, T. W., Frostholm, L., Oernboel, E., Kongsted, A., Kasch, H., Jensen, T. S., & Fink, P. (2012). Are there gender differences in coping with neck and pain following acute whiplash trauma? A 12-month follow up study. *European Journal Of Pain*, 16(1), 49-60.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.

Cianfrini, L. R. (2005). Physiological and psychological mediators of ethnic group differences in laboratory pain sensitivity. *Dissertation Abstracts International*, 65 (10), 5391.

Crombez, G., Viane, I., Eccleston, C., Devulder, J., & Goubert, L. (2013). Attention to pain and fear of pain in patients with chronic pain. *Journal Of Behavioral Medicine*, 36 (4), 371-387.

Crystal, S. C., & Robbins, M. S. (2010). Epidemiology of tension-type headache. *Current pain and headache reports*, 14(6), 449-454.

Cwajda- Białasik, J., Szewczyk, M. T., Mościcka, P., & Cierzniakowska, K. (2012). The locus of pain control in patients with lower limb ulcerations. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (23/24), 3346-3351.

Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35(4), 785–802.

Edwards, R. R., Moric, M., Husfeldt, B., Buvanendran, A., & Ivankovich, O. (2005). Ethnic Similarities and Differences in the Chronic Pain Experience: A Comparison of African American, Hispanic and White Patients. *Pain Medicine*, 6(1), 88-89.

Edwards, R. R., Haythornthwaite, J. A., Sullivan, M.J., Fillingim R. B. (2004). Catastrophizing as a mediator of sex differences in pain: Differential effects for daily pain versus laboratory-induced pain . *Pain*, 111(3), 335–341.

Endler, N. S., & Parker, D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854.

Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley, J. I. (2009). Sex, gender, and pain: A review of recent clinical experimental findings. *The Journal Of Pain*, 10(5), 447-485.

Fillingim, R.B., Browning, A.D., Powell, T. , Wright R.A. (2002).Sex differences in perceptual and cardiovascular responses to pain: The influence of a perceived ability manipulation, *Pain*, 3(6), 439–445.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 50(5), 992-1003.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 48(1), 150-170.

Fordyce, W. E., Fowler, R. S. Jr., Lehmann, J. F., Delateur, B. J., Sand, P. L., Trieschmann, R. B. (1973). Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Arch Phys Med Rehabil*, 54(9), 399-408.

Gelabert, R. (2008). *Bolesti hlavy: a jak nad nimi zvítězit*. (1. vyd., 71 s.) Praha: Advent-Orion.

Gijsbers, K., & Nicholson, F. (2005). Experimental pain thresholds influenced by sex of experimenter, *Percept Mot Skills*, 101(3), 803–807.

Göbel, H., Petersen-Braun, M., & Soyka, D. (1994). The epidemiology of headache in Germany: A nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. *Cephalgia*, 14(2), 97-106.

Graves, J. K., & Jacob, E. (2014). Pain, coping, and sleep in children and adolescents with sickle cell disease. *Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(3), 109-120.

Hamilton, N. A., Zautra, A. J., & Reich, J. W. (2005). Affect and Pain in Rheumatoid Arthritis: Do Individual Differences in Affective Regulation and Affective Intensity Predict Emotional Recovery from Pain? *Annals Of Behavioral Medicine*, 29 (3), 216-224.

Harland, N. J., & Georgieff, K. (2003). Development of the Coping Strategies Questionnaire 24, a Clinically Utilitarian Version of the Coping Strategies Questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 48(4), 296–300.

Harland, N. J., & Martin, D. (2014). Exploring the Longitudinal Stability of the CSQ24 in a Back Pain Population. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 79-84.

Hastie, B. A., Riley, J. I., & Fillingim, R. B. (2004). Ethnic differences in pain coping: Factor structure of the Coping Strategies Questionnaire and Coping Strategies Questionnaire Revised. *The Journal Of Pain*, 5(6), 304-316.

Hayes, S. C., Bisset, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfard, I. S., Cooper, L. D., & Grundt. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49(1), 33-48.

- Hobfoll, S. E., & Dunahoo, C. L. (1994). Gender and coping: The dual axis model of coping. *American Journal Of Community Psychology*, 22(1), 49-82.
- Homayouni, A., Khanmohammadi, A., Nikpour, G., Ahmadian, M., & Amiri, S. M. (2009). P01-38 Personality, pain, addiction: A new view in pain coping strategies in relation to personality traits in substance abusers [Abstract]. *European Psychiatry*, 24(1), 426.
- Jackson, T., Wang, Y., Wang, Y., & Fan, H. (2014). Self-efficacy and chronic pain outcomes: A metaanalytic review. *The Journal Of Pain*, 15(8), 800-814.
- Janáčková, L. (2007). *Bolest a její zvládání*. Praha: Portál.
- Jensen, M. P., & Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 59 (3), 431-438.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., Strom, S. E. (1995). The chronic pain coping inventory: development and preliminary validation. *Pain* , 60(2), 203–216.
- Jokic-Begic, N., Ivanec, D., & Markanovic, D. (2009). Effects of cognitive pain coping strategies and locus of control on perception of cold pressor pain in healthy individuals.: Experimental study. *Acute Pain*, 11 (3/4), 113-120.
- Keefe, F. J., Affleck, G., France, C. R., Emery, C. F., Waters, S., Caldwell, D. S. et al. (2004). Gender Differences in pain, coping, and mood in individuals having osteoarthritic knee pain: A within-day analysis. *Pain*, 110(3), 571-577.
- Keefe, F. J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T., & Carson, K. L. (2001). Pain and Emotion: New Research Directions. *Journal Of Clinical Psychology*, 57 (4), 587-607.
- Kehoe, A., Barnes- Holmes, Y., Barnes- Holmes, D., Luciano, C., Bond, F., & Foody, M. (2014). Systematic Analyses of the Effects of Acceptance on Tolerance of Radiant Heat Pain. *Psychological Record*, 64(1), 41-51.
- Keller, O., Dočekal, P., Marková, J., Opavský, J. (2012) Bolesti hlavy. In Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J. (Eds.). *Bolest: monografie algeziologie*. (2. vyd., s. 490-506). Praha: Tegis.
- Keogh, E., & Eccleston, C. (2006). Sex differences in adolescent chronic pain and pain-related coping, *Pain*, 123(3), 275-284.

Kim, H., Cho, C., Kang, K., Chang, B., Lee, C., & Yeom, J. S. (2015). The significance of pain catastrophizing in clinical manifestations of patients with lumbar spinal stenosis: mediation analysis with bootstrapping. *Spine Journal*, 15(2), 238-246.

Knotek, P. (2012). Metody psychologického vyšetření pacientů s chronickou bolestí. In Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J. (Eds.). *Bolest: monografie algeziologie*. (2. vyd., s. 189-193). Praha: Tigris.

Knotek, P. (2010). Psychologické aspekty chronické bolesti. In Kozák, J. (Ed.). *Léčba chronické bolesti*. Olomouc: Solen.

Kohl, A., Rief, W., & Glombiewski, J.A. (2013) Acceptance, cognitive restructuring, and distraction as coping strategies for acute pain. *The Journal Of Pain*, 14(3), 305-315.

Koleck, M., Mazaux, J.-M., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. *European Journal of Pain*, 10(1), 1-11.

Kovacs, F. M., Seco, J., Royuela, A., Pena, A., & Muriel, A. (2011). The correlation between pain, catastrophizing and disability in subacute and chronic low back pain: a study in the routine clinical practice of the Spanish National Health Service. *Spine*, 36(4), 339-345.

Křivohlavý, J. (1992). *Bolest a její diagnostika a psychoterapie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Kulesza- Brończyk, B., Dobrzycka, B., Glinska, K., & Terlikowski, S. J. (2013). Strategies for coping with labour pain. *Progress in Health Sciences*, 3(2), 82-87.

Lachapelle, D. L., & Hadjistavropoulos, T. (2005). Age-Related Differences Among Adults Coping With Pain: Evaluation of a Developmental Life-Context Model. *Canadian Journal Of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 37(2), 123-137.

Lake, A. I. (2009). Headache as a stressor: Dysfunctional versus adaptive coping styles. *Headache: The Journal of Head And Face Pain*, 49(9), 1369-1377.

Lumley, M. A., Asselin, L. A., & Norman, S. (1997). Alexithymia in chronic pain patients. *Comprehensive Psychiatry*, 38(3), 160-165.

Lyne, K., & Roger, D. (2000). A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 321-335.

- Lynch, A. M., Kashikar-Tuck, S., Goldschneider, K. R., & Jones, B. A. (2007). Sex and Age Differences in Coping Styles Among Children with Chronic Pain. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 33(2), 208-216.
- Marková, J. (2012). Chronické denní bolesti hlavy, chronifikace bolestí hlavy, rizikové faktory. *Bolest*, 15 (1), 8-10.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustments in persons with chronic pain. *Pain*, 74(1), 21–27.
- McCracken, L.M., & Samuel, V.M. (2007). The role of avoidance, pacing, and other activity patterns in chronic pain. *Pain*, 130(1-2), 119-125.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E., & Gauntlett-Gilbert, J. (2007). A prospective investigation of acceptance and control-oriented coping with chronic pain. *Journal Of Behavioral Medicine*, 30(4), 339-349.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30(2), 191-197.
- Melzack, R. (1978). *Záhada bolesti*. Praha: Avicenum.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. (2nd ed., 222 p.). Seattle: IASP Press.
- Millard, R. W., & Kinsler, B. L. (1992). Evaluation of constricted affect in chronic pain: An appempt using Toronto Alexithymia Scale. *Pain*, 50(3), 287-292.
- Muthny, F. A. (1996). References for evaluation scales in quality assurance in rehabilitation--6. Assessment of coping processes with the Freiburg Questionnaire of Illness Coping. *Die Rehabilitation*, 35(2), 9-16.
- Myers, C. D., Riley, J. L., & Robinson, M. E. (2003). Psychosocial contributions to sex-correlated differences in pain. *The Clinical Journal of Pain*, 19(4), 225-232.
- Neradilek, F., Kozák, J., Rokyta, R., Vrba, I. (2012). Historie a současnost výzkumu a léčby bolesti. In Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J. (Eds.). *Bolest: monografie algeziologie*. (2.vyd., s. 20-26). Praha: Tigris.
- Newth, S., & Delongis, A. (2004). Individual differences, mood, and coing with Chronic pain in Rheumatoid Arthritis: a daily process analysis. *Psychology & Health*, 19(3), 283-305.

Newton- John, T. O., Mason, C., & Hunter, M. (2014). The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. *Rehabilitation Psychology*, 59 (3), 360-365.

Okifuji, A., Turk, D. C., Curran, S. L. (1999). Anger in chronic pain: investigations of anger targets and intensity. *Journal of Psychosomatic Research*. 47(1). 1-12.

Opavský, J. (2012). Vyšetřování osob s algickými syndromy a hodnocení bolesti. In Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J. (Eds.). *Bolest: monografie algeziologie*. (2. vyd., s. 176-184). Praha: Tigis.

Opavský, J. (2011). *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf.

Pang, J., Strodl, E., & Oei, T. (2013). The Factor Structure of the COPE Questionnaire in a Sample of Clinically Depressed and Anxious Adults. *Journal Of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 35(2), 264-272.

Perry, E. V., & Francis, A. P. (2013). Self efficacy, pain related fear, and disability in heterogenous pain sample. *Pain Management Nursing*, 14 (4), 124-134.

Porto, T. M., Machado, D. C., Martins, R. O., Galato, D., & Piovezan, A. P. (2014). Locus of pain control associated with medication adherence behaviors among patients after an orthopedic procedure. *Patient Preference & Adherence*, 8, 991-995.

Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López-Martínez, A. (2014). Fear-avoidance, pain acceptance and adjustment to chronic pain: A cross-sectional study on a sample of 686 patients with chronic spinal pain. *Annals Of Behavioral Medicine*, 48(3), 402-410.

Raudenská, J. (2012). Kognitivně- behaviorální přístup psychologické diagnostiky chronické bolesti. In Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J. (Eds.). (2012). *Bolest: monografie algeziologie*. (2. vyd., s. 195-202). Praha: Tigis.

Rhudy, J. L., & Meagher, M. W. (2000). Fear and anxiety: Divergent effects on human pain thresholds. *Pain*, 84 (1), 65-75.

Rokke, P. D., al Absi, M., Lall, R., & Oswald, K. (1991). When does a choice of coping strategies help? The interaction of choice and locus of control. *Journal Of Behavioral Medicine*, 14 (5), 491-504.

Rokyta, R. (2009). *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. (1. vyd., 174 s.) Praha: Grada.

- Rollnik, J. D., Karst, M., Fink, M., & Dengler, R. (2001). Coping strategies in Episodic and Chronic Tension- type Headache. *Headache: The Journal of Head & Face Pain*, 41(3), 297-302.
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33– 44.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General And Applied*, 80(1), 1-28.
- Ruiz- Aranda, D., Salguero, J. M., & Fernández-Berrocal, P. (2010). Emotional regulation and acute pain perception in women. *The Journal Of Pain*, 11(6), 564-569.
- Saariaho, A. S., Saariaho, T. H., Mattila, A. K., Karukivi, M. R., & Joukamaa, M. I. (2013). Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 239-245.
- Sardá Jr., J., Nicholas, M. K., Pimenta, C. M., & Asghari, A. (2007). Pain-related self-efficacy beliefs in a Brazilian chronic pain patient sample: a psychometric analysis. *Stress & Health: Journal Of The International Society For The Investigation Of Stress*, 23 (3), 185-190.
- Shibata, M., Ninomiya, T., Jensen, M. P., Anno, K., Yonemoto, K., Makino, S., &...Hosoi, M. (2014). Alexithymia Is Associated with Greater Risk of Chronic Pain an Negative Affect and with Lower Life Satisfaction in a General Population: The Hisayama Study. *Plos ONE*, 9(3), 1-8.
- Schiaffino, K. M., Revenson, T. A., & Gibofsky, A. (1991). Assessing the impact of self-efficacy beliefs on adaptation to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 4(4), 150-157.
- Schwartz, B. S., Stewart, W. F., Simon, D., & Lipton, R. B. (1998). Epidemiology of tension-type headache. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 297(5), 381-383.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: Past and present. *The American Journal Of Psychiatry*, 153, 137-142.
- Siniatchkin, M., Riabus, M., & Hasenbring, M. (1999). Coping styles of headache sufferers. *Cephalgia*, 19 (3), 165-173.

- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129 (9), 216-269.
- Smith, R. T. (2008). Pain in the Act: The Meaning of Pain Among Professional Wrestlers. *Qualitative Sociology*, 31(2), 129-148.
- Snow-Turek, A. L., Norris, M. P., & Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64 (3), 455-462.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150–1169.
- Stoffel, M., Reis, D., Schwarz, D., & Schröder, A. (2013). Dimensions of coping in chronic pain patients: Factor analysis and cross-validation of the German version of the Coping Strategies Questionnaire (CSQ-D). *Rehabilitation Psychology*, 58 (4), 386-395.
- Stotts, N. A., Puntillo, K., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., White, C., & Wild, L. R. (2007). Does age make a difference in procedural pain perceptions and responses in hospitalized adults? *Acute Pain*, 9(3), 125-134.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., et al. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal Of Pain*, 17(1), 52-64.
- Ševčík, P. (1994). *Bolest a možnosti její kontroly*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Tan, G., Nguyen, Q., Anderson, K. O., Jensen, M., & Thornby, J. (2005). Further validation of the Chronic Pain Coping Inventory. *The Journal of Pain*, 6(1), 29–40.
- Taylor, G. J., Bagby, R. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 73(2), 68-77.
- Utne, I., Miaskowski, C., Bjordal, K., Paul, S. M., Jakobsen, G., & Rustøen, T. (2009). Differences in the use of pain coping strategies between oncology inpatients with mild vs. moderate to severe pain. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 38(5), 717-726.

- Van Laarhoven, A., Walker, A., Wilder-Smith, O., Kroeze, S., Van Riel, P., Van de Kerkhof, P., & Evers, A. (2012). Role of induced negative and positive emotions in sensitivity to itch and pain in women. *British Journal Of Dermatology*, 167 (2), 262-269.
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: the contributions of pain, acceptance and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11(7), 779–787.
- Wade, J. B., Dougherty, L. M., Archer, R. C., Price, D. D. (1996). Assessing the stages of pain processing: a multivariate approach. *Pain*, 68(1), 157-167.
- Wandner, L. D., Scipio, C. D., Hirsh, A. T., Torres, C. A., & Robinson, M. E. (2012). The perception of pain in others: How gender, race and age influence pain expectations. *The Journal Of Pain*, 13(3), 220-227.
- Weisenberg, M. (1998). Cognitive aspects of pain and pain control. *International Journal Of Clinical And Experimental Hypnosis*, 46(1), 44-61.
- Zautra, A. J., & Manne, S. L. (1992). Coping with rheumatoid arthritis: A review of a decade of research. *Annals of Behavioral Medicine*, 14(1), 31-39.

Přílohy

Příloha č. 1:

CSQ-24 – Coping Strategies Questionnaire (Harland & Geogrieff, 2003):

1. I try to feel distant from the pain, almost as if the pain was in somebody else's body.
Snažím se vzdálit bolesti co nejvíce, téměř tak, jako by bolest byla v těle někoho jiného.
2. I try to think of something pleasant.
Snažím se myslet na něco příjemného.
3. I don't think of it as pain but rather a dull or warm feeling.
Nemyslím na ni jako na bolest, ale spíše jako na tupý nebo teplý pocit.
4. It is terrible and I feel it is never going to get any better.
Je to hrozné a cítím, že to nikdy nebude lepší.
5. It is awful and I feel it overwhelms me.
Je to strašné a cítím, že mě to přemáhá.
6. I feel my life isn't worth living.
Cítím, že můj život nemá cenu.
7. I try not to think of it as my body, but rather as something separate from me.
Snažím se nemyslet na ni jako na své tělo, ale jako na něco, od čeho jsem oddělen/a.
8. I tell myself I can't let the pain stand in the way of what I have to do.
Řeknu si, že přece nedovolím, aby mě bolest rušila v tom, co dělám.
9. No matter how bad it gets, I know I can handle it.
Nezáleží na tom, jak zlé to je, já vím, že to zvládnu.
10. I pretend it's not there.
Předstírám, že moje bolest neexistuje.
11. I worry all the time about it will end.
Stále si dělám starosti, zda to někdy skončí.
12. I replay in my mind pleasant experiences from my past.
Opakuji si v myšlenkách příjemné zážitky z minulosti.
13. I think of people I enjoy doing things with.
Myslím na lidi, s nimiž rád/a něco dělám.
14. I imagine the pain is outside my body.
Představuji si, že bolest je někde mimo tělo.
15. I just go on as if nothing happened.

Pokračuji, jako by se nic nedělo.

16. I see it as a challenge and don't let it bother me.

Vnímám bolest jako výzvu, která mě přece nemůže omezovat.

17. Although it hurts, I just keep going.

Přestože mě bolest trápí, pokračuji ve své činnosti.

18. I feel I can't stand it any more.

Cítím, že už to nevydržím.

19. I feel like I can't go on.

Cítím, že už nemůžu dál.

20. I think of things I enjoy doing.

Myslím na věci, které rád/a dělám.

21. I do anything to get my mind off the pain.

Dělám všechno, abych odpoutal/a svou pozornost od bolesti.

22. I do something I enjoy, such as watching television or listening to music.

Dělám něco, co mě baví, třeba se dívám na televizi nebo poslouchám hudbu.

23. I pretend it's not part of me.

Předstírám, že to není část mne.

How much control over the pain do I have:

Jak velkou kontrolu nad bolestí mám:

- na každou položku se odpovídá na 7 bodové Likertově stupnici

Příloha č. 2:

COPE Coping Orientation to Problems Experienced (Lyne & Roger, 2000):

1. I try to come up with a strategy about what to do.
Snažím se vymyslet nějakou strategii, co s tím udělám.
(aktivní coping, strategie plánování)
2. I do what has to be done, one step at a time.
Dělám, co je třeba, krok po kroku.
(aktivní coping, strategie aktivní coping)
3. I think hard about what steps to take.
Důkladně přemýšlím o tom, jaké kroky teď udělám.
(aktivní coping, strategie plánování)
4. I think about how I might best handle the problem.
Přemýšlím o tom, jak nejlépe se vypořádat s tímto problémem.
(aktivní coping, strategie plánování)
5. I learn something from the experience.
Z této zkušenosti se něco naučím.
(aktivní coping; strategie reinterpretace)
6. I take direct action to get around the problem.
Okamžitě začnu s činností, kterou se s problémem vypořádám.
(aktivní coping, strategie aktivní coping)
7. I look for something good in what is happening .
V tom, co se mi děje, hledám něco pozitivního.
(aktivní coping, strategie reinterpretace)
8. I make a plan of action.
Udělám si plán.
(aktivní coping, strategie plánování)
9. I try to see it in a different light, to make it seem more positive.
Snažím se věc vidět v jiném světle, tak aby byla více pozitivní.
(aktivní coping, strategie reinterpretace)
10. I make sure not to make matters worse by acting too soon.
Nezačínám s žádnou činností unáhleně, abych svůj problém (bolest) nezhoršil/a.
(aktivní coping, strategie zdrženlivost)
11. I concentrate my efforts on doing something about it.

Soustředím své úsilí na to, abych s tím (s bolestí) něco udělala.

(aktivní coping, strategie aktivní coping)

12. I try hard to prevent other things from interfering.

Snažím se, aby mě nerozptylovaly jiné podněty.

(aktivní coping, strategie potlačení rozptylujících podnětů)

13. I accept the reality of the fact that it happened.

Přijímám realitu a fakt, že se to děje.

(aktivní coping, strategie přijetí)

14. I try to grow as a person as a result of the experience.

Snažím se díky této zkušenosti o osobní růst.

(aktivní coping, strategie reinterpretace)

15. I take additional action to try to get rid of the problem

Zkousím další a další činy, abych se zbavil svého problému (bolesti).

(aktivní coping, strategie aktivní coping)

16. I restrain myself from doing anything too quickly.

Zdržuji se jakýchkoliv unáhlených činů.

(aktivní coping, strategie zdrženlivost)

17. I focus on dealing with this problem, and if necessary let other things slide for a while.

Soustředím se výhradně na tento problém (bolest), a pokud je to nutné, upozadím ostatní aktivity.

(aktivní coping, strategie potlačení rozptylujících podnětů)

18. I get used to the idea that it happened.

Zvyknu si na fakt, že se mi to děje.

(aktivní coping, strategie přijetí)

19. I try to get emotional support from friends and relatives.

Snažím se získat emocionální podporu od svých blízkých.

(emocionální coping, strategie hledání sociální opory z emocionálních důvodů)

20. I feel emotional distress and express those feelings.

Cítím emocionální distress a tyto pocity ventiluji.

(emocionální coping, strategie ventilování emocí)

21. I discuss my feelings with someone.

Rozebírám s někým svoje emoce.

(emocionální coping, strategie hledání sociální opory z emocionálních důvodů)

22. I let my feelings out.

Ventiluji svoje emoce.

(emocionální coping, strategie ventilování emocí)

23. I get upset and let my emotions out.

Jsem naštvaný a tyto pocity projevují navenek.

(emocionální coping, strategie ventilování emocí)

24. I get sympathy and understanding from someone.

Dostává se mi od někoho porozumění a soucit.

(emocionální coping, strategie hledání sociální opory z emocionálních důvodů)

25. I try to get advice from someone about what to do.

Snažím se získat od někoho radu, co mám dělat.

(emocionální coping, strategie hledání sociální opory z instrumentálních důvodů)

26. I get upset, and am really aware of it.

Uvědomuji si, že jsem naštvaný.

(emocionální coping, strategie ventilování emocí)

27. I act as though it hasn't even happened .

Chovám se, jako by se nic nestalo.

(vyhýbavý coping, strategie popření)

28. I give up the attempt to get what I want.

Vzdávám pokusy získat, po čem toužím.

(vyhýbavý coping, strategie odstoupení od činů)

29. I just give up trying to reach my goal.

Vzdávám se pokusů dosáhnout svého cíle.

(vyhýbavý coping, strategie odstoupení od činů)

30. I reduce the amount of effort I'm putting into solving.

Snižuji úsilí, které vynakládám na řešení problému.

(vyhýbavý coping, strategie odstoupení od činů)

31. I admit to myself that I can't deal with it and stop trying.

Přiznávám si, že se s tím nedokážu vypořádat a přestávám se snažit.

(vyhýbavý coping, strategie odstoupení od činů)

32. I daydream about things other than this.

V denních představách se zabývám jinými věcmi, než bolestí.

(vyhýbavý coping, strategie odstoupení od myšlenek)

33. I refuse to believe that it has happened.

Odmítám uvěřit tomu, že se mi to děje.

(**vyhýbavý coping**, strategie popření)

34. I say to myself 'this isn't real'.

Říkám si, že to není skutečné.

(**vyhýbavý coping**, strategie popření)

35. I sleep more than usual.

Spím více než obvykle.

(**vyhýbavý coping**, strategie odstoupení od myšlenek)

36. I learn to live with it.

Učím se s tím žít.

(**vyhýbavý coping**, strategie přijetí)

37. I put off doing anything until the situation permits.

Odkládám všechny aktivity, dokud to situace nedovolí.

(**vyhýbavý coping**, strategie zdrženlivost)

- na každou položku se odpovídá na 4bodové Likertově stupnici